UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

XIV MESTRADO EM CÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Relação enfermeiro doente alcoólico, e como esta é perspectivada pelo doente

Andrêa Pimentel Duarte da Silva

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Porto 2010

Andrêa Pimentel Duarte da Silva

Relação enfermeiro doente alcoólico, e como esta é perspectivada pelo doente

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

.

Orientador - Prof . Doutora Graça Maria Pimenta

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

Se puder criar uma certa qualidade de relação, o outro poderá descobrir nele a capacidade de utilizar esta relação para o seu crescimento, para a mudança e para o desenvolvimento pessoal.

Carl Rogers (1961)

Aos meus pais pelo seu apoio incondicional, ao meu marido que foi excepcional pois muitas vezes desempenhou o papel de pai e mãe, aos meus filhos por serem muito especiais.

AGRADECIMENTOS

- Aos meus colegas de turma pelo apoio que me deram, pois o meu filho nasceu a meio do mestrado;

- Aos Professores do mestrado, que contribuíram para que eu pudesse conhecer um pouco mais este mundo, que é a investigação.

- À minha orientadora Professora Doutora Graça Maria Pimenta, por toda a sua disponibilidade uma vez que à distância este caminho não foi fácil, acima de tudo pela forma cuidada como corrigiu este trabalho;

- Aos utentes que colaboraram com o coração neste meu trabalho;

ABREVIATURAS E SIGLAS

APAV- Associação de apoio à vítima

CID- Classificação Internacional das Doenças

HDES - Hospital do Divino Espírito Santo

OMS- Organização Mundial de Saúde

RESUMO

No mundo actual, enfrentamos cada vez mais o problema da dependência; a dependência do álcool surge de forma subtil, porque o beber socialmente é muito frequente, segundo Filho e Borges (2004) o álcool tem um impacto maior na saúde do que as outras drogas ilícitas. Este é definido, como um conjunto de problemas relacionados com o consumo excessivo e prolongado do álcool, este problema tem grande impacto sobre a população dos Açores.

O consumo de álcool esta associado a uma variedade de problemas, como acidentes e mortes no transito, homicídios, quedas, comportamentos violentos, redução da produtividade no trabalho, vários tipos de cancro e morbilidade em pessoas de uma faixa etária muito nova.

Será importante salientar que ainda existe um estigma muito grande em relação a estes doentes, principalmente em sociedades pequenas como a nossa.

Importante será então que a informação científica acerca deste, chegue junto dos profissionais, para que cada vez mais se encare esta dependência como uma doença.

O presente trabalho surgiu, para dar resposta a uma inquietação pessoal e profissional. Desde que iniciei a minha vida profissional, diariamente contacto com várias pessoas com problemas associados ao álcool, o que me leva a reflectir sobre o meu comportamento e dos meus colegas em relação a esse tipo de utentes. Não podemos esquecer que o enfermeiro é o profissional que permanece com o utente mais tempo, assim sendo, o nosso papel deverá ser o deve ser o de facilitador da reabilitação deste em todos os domínios, esta relação possui assim características próprias, nem sempre fáceis de serem identificadas.

Salienta – se que sendo este um meio pequeno as tradições, uso e costumes e falsos conceitos contribuem para a permanência e aumento de pessoas com problemas associados a esta dependência.

A nível pessoal, convivi com um parente próximo dependente do álcool que após muitos tratamentos e internamentos nas unidades especiais para o efeito, ficou abstinente, saliento que, foi necessário ter de enfrentar a possibilidade de uma morte a curto prazo, para que tal fosse possível.

Assim surgiu a minha pergunta de partida para este trabalho – **Como se processa a relação enfermeiro - pessoa com dependência do álcool e como essa é perspectivada pelo doente.** Pretendeu -se conhecer a percepção que os enfermeiros têm do seu

comportamento e como os utentes o vêem, como avaliam a forma de serem cuidados, assim como, a interacção entre estes.

Não podemos falar sobre interacção sem enfatizarmos a comunicação, pois esta é sem dúvida parte essencial do processo terapêutico, através desta transmitimos ideias, sentimentos e emoções.

Trata - se de um estudo qualitativo, com uma abordagem fenomenológica que se insere no paradigma holistico e naturalista. Para a análise e tratamento de dados foi utilizada a abordagem de Deschamps (1993)

Foram entrevistados 8 utentes e 8 enfermeiros.

Os resultados obtidos fazem –no pensar que existem ainda motivos para reflectir sobre a prestação de cuidados, mas também contribuirá para que se tome consciência e se consiga implementar cuidados de enfermagem cada vez mais centrados na individualidade da pessoa, neste caso o dependente do álcool. Neste estudo identificamos que existe um défice a nível de formação nesta área, e que os utentes esperam muito dos enfermeiro, atribuindo - lhes muitas vezes o comando desta relação acima de tudo porque confiam neles.

Palavras chave: Pessoas com problemas ligados ao álcool, interacção, cuidar e enfermagem.

ABSTRACT

In this essay we will talk about the Alcoholism which can be defined as a set of problems related to the prolonged and excessive intake of alcoholic drinks. This problem has a great impact on the population of the Azores Islands.

Nowadays, more and more we face the problem of the dependencies. The alcohol dependence appears in a subtle way once alcohol has become part of our social conditioning. According to Filho and Borges (2004), the alcohol has a bigger impact on health than all the other illicit drugs.

The consumption of alcoholic beverages is related to a variety of problems, such as traffic accidents and deaths; falls; violent behaviour, reduction on productivity at work; several kinds of cancers and morbidity among very young people.

It's important to make clear that there's still a great stigma towards the alcoholic patient, mainly in small societies like ours.

It's also important that scientific information about this disease reach the professionals so that this dependency can be seen as a disease.

This essay appeared to give an answer to a personal and professional uneasiness. Since I started my professional life, I've been contacting with many people with alcoholic problems, what makes me reflect on my and my colleagues' behaviour with this kind of patients. We can't forget that the nurse is the professional that stays with the patient most of the time, so, our role must be the facilitator of rehabilitation of the patient in all fields. This relationship has proper characteristics which are not very easily identified.

Since we live in a small community, the social traditions and false ideas have a great importance on the continuance and increase of people with problems related to this dependency.

Personally, I was on intimate terms with a family member who was alcoholic dependent and after many treatments and internments in proper institutions became abstinent. It's important to point out that it was only possible after having facing the possibility of death in a short period of time.

Thus, this question came to my mind, how is the relationship between nurse and alcohol dependent patient? And how is it seen by him? We intend to know how the nurse faces his/her behaviour as well as how the patients see the nurse and evaluate the nursing services and the interaction between nurse and patient.

We can't talk about interaction without emphasizing the communication. It's no doubt the most important part of the therapeutic process and through which we transmit ideas, feelings and emotions.

It's a qualitative study with a phenomenological approach in a holistic and naturalistic model. The approach of Deschamps was used in the analysis and data processing.

Eight nurses and eight patients were interviewed.

The results make us think that there are reasons to reflect on the caring services and to become awareness that we can implement nursing services more centred in the patient as an individual, in this case, the alcohol dependent patient. In this study we realized that there's a lack of information in the nursing curriculum and that the patients expect a lot from the nurse, letting them, most of the time, ruling this relationship because, above all, they trust the nurse.

Key-words: People with alcohol related problems, interaction, taking care and nursing.

ÍNDICE

RESUMO
ABSTRACT
O – INTRODUÇÃO 21
1 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA 23
1.1– PERTINÊNCIA DO ESTUDO 26
1.2– FINALIDADE E OBJECTIVOS 27
1.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 28
CAPÍTULO II – REVISÃO DE LITERATURA 30
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO- CONCEPTUAL 30
2.1 - PESSOAS COM PROBLEMAS ASSOCIADOS AO ALCOOL 30
2.2 - CUIDAR, UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM 35
2.3 - INTERAÇCÃO EM ENFERMAGEM 42
2.3.1 - Comunicação e interacção 45
2.3.2 - Relação de ajuda 51
2.4 - SAÚDE / DEPÊNDENCIA - VISÃO ANTROPOLÓGICA 55
2.5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 59
2.6 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO 62
CAPÍTULO III – PERCURSO METODOLÓGICO 63
3– PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO 63
3.1 - CAMPO DE INVESTIGAÇÃO 67
3.2 – PARTICIPANTES DO ESTUDO 68
3.3 – ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS 68
3.4 – PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS 69
4 – ANÁLISE, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS 74
5 – CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES 90
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 97
APENDICES 105
Apêndice I - Consentimento Informado

Apêndice II- Guião de entrevista semi – estruturada aos doentes
Apêndice III- Guião de entrevista semi – estruturada aos enfermeiros
Apêndice IV- Pedido de autorização ao Conselho de Administração do HDES
Apêndice V– Pedido de autorização à Directora de Serviço de Medicina III

INTRODUÇÃO

0 - INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados tem sido um dos objectivos traçados, no entanto para que isso aconteça é importante que hajam momentos de reflexão e de pesquisa, a investigação contribui para o desenvolvimento da Enfermagem, como ciência.

Streubert (2002), defende que é necessário os enfermeiros adoptarem uma tradição de investigação, pois só assim, a enfermagem será reconhecida pelas outras ciências.

Watson (2002: 43) defende que:

> *" os teóricos de enfermagem têm de procurar metodologias alternativas que conduzam a uma compreensão crescente e contribuem com novos conhecimentos do cuidar que é internamente relevante para os humanos… a enfermagem tem um grande potencial para contribuir para o crescimento do campo de ciência humana e assegurar para si própria um lugar nos círculos académicos e científicos como disciplina da saúde digna de estudos avançados, de prática independente , e esforços epistémicos para servir a sociedade "*

Salienta- se que não existe um método próprio e sistemático para a Enfermagem, devido à natureza dos fenómenos destacamos como objecto do nosso cuidar: corpo objecto, corpo máquina, corpo sujeito.

No desenrolar da investigação, surgem um conjunto de questões que se articulam de modo a transformar um problema de carácter geral, num problema mais particular, neste caso o problema geral será o alcoolismo, mas o particular relaciona - se com a especificidade da minha pergunta de partida.

Quivy e Campenhoudt (1998:100), referem que o problema de investigação:

> *" constitui efectivamente o princípio de orientação teórica da investigação, cujas linhas de força define. Dá à investigação a sua coerência e potencial de descoberta. Permite estruturar as análises sem as encerrar num ponto de vista rígido."*

A problemática, é assim o ponto de partida e, em cada momento acolhe e define problemas de investigação, para os quais se buscam respostas. Os meios de obter resposta são um conjunto de disponibilidades conceptuais que são as teorias em sentido restrito, bem como os instrumentos utilizados para a recolha e tratamento de informação que são codificados.

Este trabalho tem como cerne a relação enfermeiro – doente alcoólico, o que está inerente a esta, mas acima de tudo ira dar ênfase à forma como o doente perspectiva esta relação e ao papel que este atribui ao enfermeiro.

O alcoolismo é uma doença que atinge diferentes componentes: bio-psico- social, salienta – se que a componente psíquica e social é muito forte.

1- DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A visão do alcoolismo como doença e não apenas como " vício", surge na 2ª metade do século XIX. A França foi um dos países que primeiramente demonstrou preocupação em relação a este problema, sendo Thomas Sutton o autor que primeiro valorizou uma abordagem médica à doença alcoólica e sua patogenia.

Em 1851, Magnus Huss (médico sueco) já define o alcoolismo crónico como uma doença que corresponde a uma intoxicação crónica e refere ainda que existem quadros patogénicos que se desenvolvem devido aos hábitos prolongados e excessivos.

Neste sentido surgem já dados relativos a internamentos e tratamentos destes doentes em instituições psiquiátricas, in Borges e Filho (2004).

Esta doença tem grande impacto na Europa, assim em 1945 surge a partir de França o CNDCA (Comité National de Defense Contre L`Alcoolisme) e da Suiça o ICAA (Interantional Council on Alcool and Addictions) , que se estendem mais tarde à restante Europa.

A OMS sem dúvida demonstra grande empenhamento e preocupação face a este problema, assim em 1982, na 35ª Assembleia Mundial da Saúde em Genebra prepara um documento intitulado " Discussões técnicas sobre o Alcoolismo", este documento refere que o alcoolismo constitui um dos mais graves problemas médico – socais.

O governo Português através da Resolução da Assembleia da Republica nº 76 / 2000 de 18 de Novembro, com o titulo " Combate ao alcoolismo" descreve que se adopte um programa alcoológico nacional de prevenção e combate ao alcoolismo, com o reforço dos meios humanos, técnicos e financeiros para informação, aconselhamento, formação

profissional, tratamento e reabilitação psicossocial e inserção social. A acessibilidade aos serviços deve ser assegurada, de modo a fornecer ajuda às famílias e apoio às crianças.

Em 29 de Novembro de 2000, surge a Resolução do Conselho de Ministros nº 166/ 2000, designada por " Plano de Acção contra o Alcoolismo", onde destaco a criação de uma rede Alcoológica Nacional, tendo por base os centros regionais de alcoologia (como função coordenadora), os serviços locais de saúde mental e respectivas articulações com os cuidados de saúde primários e os hospitais, onde se asseguram acções preventivas, metodologia de diagnósticos, tratamento e que existam estruturas de reabilitação psicossocial, a par da investigação dos problemas ligados ao álcool.

Mais recentemente, a OMS na sua estratégia para a satisfação do objectivo "Saúde para todos no ano 2015" tem como objectivo na META 12 "Diminuir o consumo de álcool a 6 litros per capita por ano para a população de 15 ou mais anos, e reduzir o consumo de álcool na população de 15 ou menos anos até ao limiar de 0%.

Neste contexto e ciente desta realidade Portugal, em Abril de 1999, esta matéria foi apreciada pelo governo, e foi criada pela Presidência do Ministério da Saúde, a comissão interministerial, que foi responsável pela elaboração do plano alcoológico, mais tarde aprovado como Plano de Acção contra o Alcoolismo (PACA) 2002 ainda publicou a Resolução de Conselho de Ministro nº 116/2000 de 29 de Novembro, e aprovou o Plano de Acção contra o alcoolismo em 24 Janeiro de 2002 com a publicação do Dec.-Lei nº 9/,2002

A Ordem dos Enfermeiros, no seu site oficial em 2005 descreve o mesmo como " um flagelo epidémico que afecta milhares de pessoas" considerando-o assim um grave problema de saúde pública.

Em 2001 foi efectuado um estudo pela Universidade Nova de Lisboa, que é citado por Peixoto (2004: 42), onde foram inquiridos 15 mil pessoas com idades entre 15 e 65 anos , deste foi possível concluir que 75,6% da população Portuguesa consome ou já consumiu álcool; como é possível verificar trata se de um numero bastante significativo.

Este problema tem grande impacto a nível dos Açores. Em 1999 foi efectuado um estudo, por Aires Gameiro, da qual foi possível retirar as seguintes conclusões(Gameiro 2000)

- 26000 Açorianos maiores de 15 anos mantêm hábitos alcoólicos de menor ou maior risco;
- 10000 destes, mantêm tendência a consumos excessivos;
- Outros 10000 já consomem com mais ou menos dependência.

Mais recentemente Alberto Peixoto, sociólogo, efectuou um estudo intitulado

"Dependências e outras violências", onde faz referencia a várias substancias ilícitas, nomeadamente, o álcool, conclui que 54,5% dos açorianos admite consumir regularmente bebidas alcoólicas, contra 45,5% que nega hábitos alcoólicos; em termos absolutos 131.760 indivíduos consomem regularmente álcool, Peixoto (2004).

Salienta - se que nestes estudos, devido à conotação atribuída a este tipo de consumo, muitos não revelam o seu padrão de consumo, em oposto existem indivíduos que não se apercebem dos seus hábitos de consumo.

Diariamente, há um grande número de alcoólicos que são identificados através do internamento, salienta - se que os indivíduos são cada vez mais novos e associados ao álcool têm problemas legais. No entanto observamos com frequência que muitos não o assumem pois não querem ser reconhecidos como tal, este comportamento é facilmente compreendido uma vez que a sociedade em geral vê o alcoolismo como um vício e não uma doença.

Esta controvérsia também vem descrita na bibliografia, Vaillant (2004) *refere* que alguns especialistas defendem que classificar esta dependência como doença não passa de "*um truque semântico empregado para contradizer a crença remanescente de que é um vício"*, o mesmo autor refere que outros especialistas a descrevem como uma doença "*insidiosa que se manifesta com o primeiro drinque*."(2004:13).

É reconhecido que o alcoolismo traz múltiplas repercussões que poderemos englobar em quatro grupos, segundo Mello (2001):

- Repercussões no indivíduo – Episódios agudos de um consumo excessivo de álcool, contribuem para que a curto, e longo prazo surjam complicações a nível neurológico, gastrointestinal, cardiovascular, metabólicas.

- Repercussões na família – existe perturbação da harmonia familiar, surge a violência doméstica, maus-tratos de menores que provocam mais tarde grandes perturbações. Os autores das agressões em 71,5% são dependentes do álcool, esta informação é descrita pela APAV (2002).

- Repercussões no trabalho – o rendimento é afectado, existe maior probabilidade de surgirem acidentes, absentismo e reformas antecipadas devido à morbilidade que advém do prolongado consumo de álcool.

- Repercussões na comunidade - alterações nas relações sociais e da ordem

pública, actos violentos, roubos e acidentes de viação. Salienta – se que estes deixam de cuidar de si próprios, e progressivamente cortam relações com as pessoas mais significativas à sua volta.

Salienta - se que o uso do álcool inadequado, tem forte impacto a nível da economia da comunidade, pois a faixa etária mais atingida encontra – se no activo.

Este distúrbio é descrito, segundo Kaplan, Sadock e Grebbs (1997: 381) como " *o conjunto de perturbações orgânicas e psíquicas provocadas pelo álcool no indivíduo e as suas consequências para a sociedade".*

Segundo Phaneuf (2005: 427) quando se faz o diagnostico o sujeito «atravessou *a etapa do pré – alcoolismo, a etapa do pródromo alcoólico, a fase aguda e a crónica."*

O enfermeiro é o profissional que tem maior contacto, com o doente alcoólico durante o internamento. Cuidar de um doente alcoólico, traz algumas dificuldades ao enfermeiro generalista, estas estão segundo Pillon (2005:2) relacionadas com *"deficiências no currículo".* Esta dificuldade está relacionada também com o estigma associado a esta doença, assim o enfermeiro deverá avaliar as suas próprias atitudes com relação ao alcoolismo, para desenvolver cuidados mais humanos, pois as atitudes negativas podem afectar a assistência prestada e desencadear no doente um comportamento hostil ou contra – terapêutico.

Travelbee (1971) citado por Pillon (2005:3) refere que a percepção do enfermeiro em relação ao doente "*é o factor determinante da qualidade e quantidade dos cuidados de enfermagem que se realizará"*

No serviço, onde desempenho funções como enfermeira existe internamento para doentes alcoólicos. Onde nos deparamos com frequência com algumas dificuldades aquando da prestação de cuidados, que estão relacionadas com os factores acima descritos.

Perante esta problemática com que me confronto profissionalmente, optei por este tema, pois segundo Gil (1991: 29) "*os interesses pela escolha dos problemas de pesquisa são determinados pelos mais diversos factores. Os mais importantes são os valores sociais do pesquisador e os incentivos sociais"* ou *" problemas decorrentes do interesse prático" .*

1.1- PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Após o descrito anteriormente, este é um estudo bastante pertinente quer em termos pessoais, quer em termos profissionais. De um modo geral, com este estudo pretende – se promover desenvolvimento a nível de conhecimento relativamente a esta problemática.

Deseja – se que este estudo possa permitir a compreensão da forma como se processa a relação enfermeiro – doente alcoólico, e a forma como o doente a vivência, facultando uma reflexão sobre a nossa prática de cuidados de forma consciente.

Iremos promover assim, menores níveis desconfiança e frustração.

É de salientar que alguns dos técnicos de saúde têm uma atitude negativa face a este tipo de doentes, este facto muitas vezes está relacionado com as recaídas. No entanto será importante referir que este comportamento negativo interfere em diversos aspectos, devemos ter em consideração que se trata de um indivíduo vulnerável, pelo que o enfermeiro deverá demonstrar flexibilidade, disponibilidade e vontade de conhecer o doente.

Desde que me encontro a exercer enfermagem que, tenho tido contacto com doentes alcoólicos. Durante este período senti algumas dificuldades tais como: o desgaste físico e psíquico que contribuíram a longo prazo alguma desmotivação, esta também relacionada com elevada taxa de recaída, demonstrada pelos vários reinternamentos.

O contacto frequente com os utentes permitiu a estes partilharem connosco situações difíceis das suas vidas, como o caso da exclusão social. Estes sentem que começam a perder certos direitos na sociedade em que estão inseridos, são excluídos da família, do grupo de amigos, do trabalho e da sociedade em geral.

Foram sem dúvida momentos como estes, que me marcaram, como enfermeira na prestação directa de cuidados.

Demonstrar a importância da relação do enfermeiro com o doente, tentando assim dar reconhecimento a todo um trabalho, que muitas vezes permanece na sombra de outros técnicos, será também um objectivo.

É de conhecimento de todos, que para além dos tratamentos farmacológicos implementados a componente relacional é de extrema importância. O papel do enfermeiro pode revestir - se de uma extrema importância, através de um papel autónomo, orientando o doente neste processo de transição, com vista à sua recuperação.

1.2 – FINALIDADE E OBJECTIVOS

De um modo geral podemos dizer que a realização de um estudo pretende contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, tendo como ideal atingir a excelência na prestação de cuidados de enfermagem.

Com este estudo em particular, iremos compreender, a forma como decorre a relação enfermeiro – doente alcoólico. Daremos a conhecer a natureza desta relação e a forma

como o doente identifica o papel do enfermeiro.

Para o seu desenvolvimento foram traçados objectivos; um objectivo geral e três específicos:

Objectivo geral:

- Compreender a forma como se processa a relação enfermeiro doente – alcoólico, durante o internamento.

Objectivos específicos:

- Descrever como o doente sente a forma de cuidar do enfermeiro;
- Identificar qual a percepção do utente sobre o papel do enfermeiro;
- Descrever a percepção que o enfermeiro tem sobre a sua prestação de cuidados, a um pessoa dependente do álcool.

1.3- QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Quivy e Campenhoudt (1998:104), referem que " *a abordagem ou perspectiva teórica que se decide adoptar para tratar o problema colocado pela pergunta de partida ,é uma maneira de interrogar os fenómenos estudados"*

Para dar resposta ao que foi descrito anteriormente, formulei a seguinte questão de investigação – **Como se processa a relação enfermeiro – doente alcoólico, durante o processo de internamento?**

Inerente a esta grande questão estão outras que decorreram desta e que passo a citar:

- Como se sente o doente ao ser cuidado pelo enfermeiro?
- Qual a percepção do doente sobre o papel do enfermeiro?
- Que percepção tem o enfermeiro sobre os cuidados de enfermagem que presta? Que estratégias utiliza?

ENQUADRAMENTO TEÓRICO - CONCEPTUAL

CAPÍTULO II – REVISÃO DE LITERATURA

2- ENQUADRAMENTO TEORICO – CONCEPTUAL

Neste capítulo, designado por enquadramento teórico conceptual, iremos abordar de forma fundamentada elementos que permitem estruturar o estudo e mais servir de guia para a interpretação dos resultados obtidos.

Fortin (2003:40) refere que o quadro conceptual " *define a perspectiva segundo o qual o problema de investigação será abordado e coloca o estudo num contexto significativo"*

No desenvolvimento deste trabalho, senti necessidade de destacar e desenvolver quatro conceitos chave: cuidar, interacção e pessoa com problemas associados ao álcool.

2.1 - PESSOAS COM PROBLEMAS ASSOCIADOS AO ALCOOL

Antes de iniciarmos este capitulo será interessante fazer referencia ao o conceito de pessoa. Para a Ordem dos Enfermeiros (2001) esta é " *um ser sociável e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que a torna um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar –se"*

Após esta definição, faremos uma abordagem histórica sobre o tema; na civilização da Mesopotâmia, em 8000 ac, surge o processo de fabrico de cerveja, por fermentação do sumo de fruta e grãos. Nesta civilização surge pela primeira vez o relato de intoxicação, ressaca e cura.

Salienta – se que no fim do sec. XVIII e princípio do Sec. XIX, surgem conceitos como a embriaguês e doença associados, [estes sofrem grande influencia do Dr Benjamin Rush].

Com a revolução industrial os consumos atingem níveis elevadíssimos e desconhecido. Nos Estados Unidos , por exemplo ,nos anos 20 o numero de alcoólicos era assustador, então o congresso Americano decretou a tão famosa lei seca em 1920, que perdurou até 1933, após esta lei ser abolida disparou o numero de alcoólicos, importante será realçar que iniciou –se a 2ª guerra mundial.

O álcool é considerado uma das substâncias de uso e abuso mais antigos. Segundo Borges e Filho (2004), descreve que existem vestígios de uso do mesmo a partir do período Paleolítico, onde utilizavam sumo de fruta, grãos e mel fermentados originavam álcool.

Um diagnóstico da situação é muitas vezes feito tardiamente, devido à negação por

parte dos consumidores. Numa fase inicial existe dificuldade em distinguir os limites entre o uso social e a dependência.

O álcool é uma droga legalizada e presente na nossa sociedade, podemos vê - lo em quase todos os eventos sociais e recreativos, como por exemplo, semanas académicas e festas diversas.

O álcool é uma substância do etanol ou álcool etílico, cuja fórmula química é CH3CH2OH.

O consumo de álcool em Portugal é descrito como um problema de saúde pública, assumido oficialmente em 1998, tendo sido efectuado o lançamento de um Plano de Acção Contra o Alcoolismo (PACA).

Em relação ao abuso do álcool, hoje sabe -se que não existe um causa única, mas sim uma multiplicidade de factores tais como, os genéticos, biológicos, sociais, culturais, intra pessoais, interpessoais e situacionais económicos, este ultimo faz com que este consumo seja avaliado de forma ambígua pela sociedade, pois por um lado traz lucros volumosos, e por outro traz à sociedade consequências devastadoras.

É de salientar que a dependência desta substancia é mais comum nos homens do que nas mulheres, com um ratio, segundo a DSM – IV-TR (APA, 1996), de 5:1, contudo este varia consoante a faixa etária, sendo de referir que a dependência na mulher desenvolve – se de forma mais rápida, devido as características que lhe são inerentes.

Ao falar de doente alcoólico, não podemos deixar de dar ênfase ao fenómeno de dependência, que segundo a DSM – IV-TR (APA, 1996:180) é descrita como " *um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substancia apesar dos problemas significativos relacionados com esta"*, que provoca reacções no organismo, destacamos a tolerância, ou seja o doente desenvolve um estado de habituação e para obter o mesmo efeito recorre a maiores quantidades de substância.

Para se diagnosticar a dependência, deve recorrer – se, por exemplo à classificação de perturbações mentais Norte – Americana para as dependências que passo a citar:

Os critérios de diagnóstico para a dependência de substâncias (DSM- IV-TR, 2000), são definidos, tendo em conta a presença de três ou mais e por um período de 12 meses.

Os critérios descritos são os seguintes:

1- Tolerância definida por qualquer um dos seguintes:

a) – Necessidade de quantidades crescentes da substancia para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;

b) - Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade da substancia.

2- Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes:

a) – Síndrome de abstinência característica da substancia;

b) – Consumo da mesma substância (ou outra relacionada) para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

3- A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que pretendia.

4- Existe desejo persistente ou esforços, sem êxitos, para diminuir ou controlar a utilização da substância.

5- É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção e utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos.

6- É abandonada, ou diminuída, a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais e recreativas.

7- A utilização da substância é continuada, apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização das substâncias.

Sendo este um problema mundial e com consequências graves, a OMS incorporou – o na Classificação Internacional das Doenças em 1967 (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde.

A OMS estabelece a distinção entre *alcoolismo* como doença e *alcoólico* como doente, sendo assim alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas refere – se à totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em diversas áreas causando de forma directa perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social com as suas repercussões económicas legais e morais.

Os alcoólicos são bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool está acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico.

A OMS descreve assim seis critérios em relação à classificação deste transtorno, que será importante descrever:

- Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir substância.

- Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos do seu inicio, termino ou níveis de consumo.

- Um estado de abstinência fisiológico quando o uso de substância cessou ou foi reduzido. Síndrome de abstinência característica para a substância ou uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

- Evidencia de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoactiva são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.

- Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoactiva, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substancia ou para recuperar se dos seus efeitos.

- Persistência no uso da substancia, a despeito de evidencia clara de consequências manifestamente nocivas, tais como dano do fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo de substancias ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga, deve –se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza ou extensão do dano.

Facilmente se visualiza que existem critérios que se cruzam, pela sua repetição e importância.

Filho e Borges (2004) referem ainda que existem factores que contribuem para que a dependência se instale:

Factores no agente - A disponibilidade e o custo do álcool, estão directamente relacionado com a economia e politica do país; a rapidez do agente para atingir o cérebro e a sua eficácia enquanto tranquilizante;

Factores ambientais - a ocupação, o grupo de pares, a cultura e a instabilidade social;

Factores relacionados com o hospedeiro - a predisposição genética, famílias com múltiplos problemas e perturbações psiquiátrica pré - mórbida (perturbação anti - social, a perturbação de pânico e a perturbação de hiperactividade com défice de atenção.

Existem modelos cognitivos – comportamentais, dos quais destacamos o de Marlatt e Gordon (1985) , estes baseiam – se na identificação de factores de risco para a recaída e no treino de competências para se lidar com estes, (in Borges e filho, 2004)

Assim se eu tiver estratégias para enfrentar a situação, vou ter um aumento da auto-eficácia, havendo a diminuição da probabilidade de recaída, por outro lado a ausência de estratégias irá contribuir para criar expectativas de resultado positivo em relação à substância, levando ao uso da mesma, mais tarde a pessoa desenvolve sentimentos culpa e

percepção da perda de controlo, levando assim grande probabilidade de recaída.

Os mesmos autores fizeram uma análise das situações de risco e formaram 3 grandes categorias: os estados emocionais; situações de conflito interpessoal; e a pressão exercida pela sociedade para consumir.

O alcoolismo crónico surge de forma lenta e progressiva, assim, numa primeira fase bebem porque quase todos no seu meio bebem, é o que os livros definem como fase de imitação; numa segunda fase, o acto de beber é procurado, uma vez que provoca satisfação e prazer, portanto é o período de satisfação; numa terceira fase o utente apercebe – se que tem um problema, tenta lutar contra este e encobre, é a fase da inquietação e disfarce; numa quarta fase é a revolta contra todos os que criticam, nesta fase existe um distanciamento para com a família, é a fase de revolta; por fim é a fase de abandono, o utente bebe sem qualquer controlo, o meio e as criticas são-lhe indiferentes.

Em relação à dependência as classificações costumam enunciar três categorias, segundo Aricó e Bettarello (1988) citado por Toscano e Seibal (2000: 353):

- uso esporádico - uso das substância de forma social e recreacional;
- abuso - já existe uso problemático e nocivo;
- e dependência.

Toscano e Seibel (2000), referem – se à dependência como um síndrome ou seja um conjunto de sintomas que podem variar quanto à sua gravidade, e que ocorrem quando existe a cessação ou redução do consumo, neste caso, do álcool.

Destacamos agora Jellinek (1960) citado por Edwards et all (1999:51), como um cientista americano que contribui de forma muito significativa para o estudo do alcoolismo, segundo este existem cinco espécies:

Alcoolismo alfa – beber de forma excessiva por razões psicológicas, não existindo adaptação física.

Alcoolismo beta – beber excessivo que levou a danos físicos, mas ainda não existe dependência.

Alcoolismo gama – beber excessivo, existe já evidencia de tolerância e abstinência, o consumo oscila, com picos , perda de controlo .

Alcoolismo delta – beber excessivo, existe evidência de tolerância e abstinência, mas este consumo é de forma mais estável, o indivíduo apresenta incapacidade para se abster.

Alcoolismo épsilon - beber em surtos

Este ainda refere que estas cinco espécies serão apenas as primeiras cinco, uma

vez, que se trata de um problema de dimensão considerável.

2.2 - CUIDAR, UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM

O cuidar é uma filosofia de compromisso moral com o objectivo de proteger a dignidade humana e de preservar a humanidade. É reconhecido como um ideal moral, cuidar é indissociável da manutenção da vida e deverá caracterizar a relação enfermeiro – utente.

O conceito de cuidar é muito complexo, devido ao seu carácter multidimensional, é descrito por Collière (2003: 1), como " *arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as cultura", a* mesma defende que apesar de fazer parte do nosso dia a dia, ainda é bastante desconhecida.

Ser cuidado, cuidar de si próprio e cuidar, é descrito por Collière (1999:15), como " *função primordial, inerente à sobrevivência de todo o ser vivo",* a mesma defende que estes são responsáveis pela garantia directa da continuidade da nossa espécie.

Como consequência desta descrição, durante muito tempo os cuidados não estavam interligados a nenhum ofício, permaneceram ligados à mulher, segundo Collière, (1999:40) ela "*dá à luz, é ela que tem o encargo de tomar conta de tudo o que mantém a vida quotidiana nos seus mais pequenos pormenores".*

Watson (2002:2), refere – se ao cuidar como " *estar em sintonia com os conflitos de outros indivíduos e com os danos que podem acontecer a uma pessoa, raça, cultura ou civilização",* esta ainda faz referência que este papel se torna cada vez mais difícil uma vez que a enfermagem vivência uma época de grande desenvolvimento técnico e cientifico.

A mesma autora (2002) refere – se ao cuidar, como a essência dos cuidados de enfermagem, sendo este visto como uma ideia moral e onde estão incluídos a ocasião do cuidar real, como a do cuidar transpessoal. Estes fenómenos só ocorrem quando existe uma verdadeira relação enfermeiro – doente. Assim o cuidado, surge como forma de ajudar a pessoa doente a obter o seu controlo, a tornar – se mais versátil e a ser responsável por promover alterações no seu estado de saúde, assim assiste - se a uma enfermagem em desenvolvimento como ciência humana em que a pessoa é o ponto de partida, (Watson 2002).

Como é possível verificar a autora dá ênfase à base filosófica (existencial - fenomenológica) e espiritual do cuidar.

Watson (1979), citada por Tomey. A e Alligood.M (2004), refere a existência de um sistema humanístico de valores, de onde destaca a autonomia e a liberdade de escolha que contribui em muito para o auto conhecimento e auto controle do doente, isto é possível observar nos postulados referenciados por Tomey.A e Alligood.M (2004: 169), que passo a descrever:

- Cuidar só pode ser efectivamente demonstrado e praticado interpessoalmente;

- Cuidar consiste em determinados factores que resultam na satisfação de certas necessidades humanos;

- O Cuidar efectivo promove a saúde e o crescimento individual ou familiar;

- As respostas de Cuidar aceitam uma pessoa não só como é actualmente mas pelo que pode tornar - se;

- Um ambiente de Cuidar oferece o desenvolvimento de potencial ao mesmo tempo que permite que a pessoa escolha a melhor acção para si num dado momento;

- Cuidar é mais «salutógénico» do que curar, a ciência do cuidar completa a ciência do curar;

- A prática de Cuidar é central à enfermagem.

Watson (2002) ,na sua teoria defende que a prática de enfermagem baseia -se em 10 factores de cuidar: formação de um sistema de valores humanísticos – altruístas; instilação da fé – esperança; cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros; desenvolvimento de uma relação de auxílio – confiança; promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões; promoção do ensino – aprendizagem interpessoais; provisão de um ambiente mental, físico, sócio - cultural e espiritual protector, correctivo e de apoio; auxilio na satisfação das necessidades humana; e permissão de forças fenomenológico – existenciais.

O objectivo será promover a saúde, pelo que os enfermeiros deverão ser responsáveis por promover mudanças no comportamento dos doentes, de modo a que estes sejam capazes de enfrentar a vida e de se adaptar.

Quando presta cuidados o enfermeiro deve adoptar uma conduta eticamente responsável, colocando em primeiro lugar os doentes, que são pessoas fragilizadas.

Neste sentido ainda Hesbeen (2000: 9) refere que:

" *O cuidado tem, assim a ver com a atenção. O cuidado*

> *designa o facto de estar atento a alguém ou alguma coisa para se preocupar com o seu bem - estar ou do seu estado do seu funcionamento. Mais precisamente, a expressão "cuidar de" ou " fazer com cuidado" realça essa atenção particular que se vai dar a si próprio ou a outro , a um objecto, ou à tarefa que se está a realizar".*

O objectivo será sempre o de cuidar de forma holistica tendo como meta a excelência dos cuidados prestados, existem directrizes preconizadas, como as descritas pela Ordem dos Enfermeiros, que tem como desígnio fundamental, promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, para isso apresenta um quadro de referências , que não são mais do que linhas orientadoras, que passo a citar:

- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)
- Código Deontológico do Enfermeiro
- Padrões de Qualidade: enquadramento conceptual e enunciados descritivos
- Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

Inerentes ao cuidar estão os quatro Metaparadigmas de Enfermagem (Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem), que passarei a definir utilizando a linha orientadora da Ordem acima referenciada:

Saúde é um estado, e simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto, emocional e espiritual, é um estado subjectivo e não o conceito oposto ao de doença, é variável no tempo, descrito como um processo dinâmico e contínuo.

Pessoa é um ser único social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, com dignidade própria e direito a auto determinar-se, o indivíduo sofre a influência das condições sob as quais vive, cada pessoa vivência um projecto de saúde.

Ambiente, os diferentes elementos: humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, condicionam e influenciam os estilos de vida e o conceito de saúde.

Cuidados de Enfermagem, o exercício profissional da enfermagem, centra-se na relação interpessoal, compreendendo e respeitando os outros numa perspectiva multicultural e sem juízos de valor, existe uma parceria de cuidados, com o objectivo de ajudar o cliente a

ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Nesta parceria são envolvidos os conviventes significativos, sendo o nosso foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, será também nosso objectivo ajudar a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde.

A Ordem para explicar a natureza dos diferentes aspectos da profissão , também criou os enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção das complicações a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Ao fazer referência aos cuidados de enfermagem, é impossível não falarmos de relação de ajuda, dado que a doença coloca a pessoa vulnerável quer física quer psicologicamente. Este conceito surge da Psicologia Humanística,de Carl Rogers (1985), que defende que o homem é um ser bom e digno que merece confiança, tem qualidades e estas permitem o desenvolvimento saudável e equilibrado.

Este defende também que o mais importante é a experiência subjectiva, ou seja, o modo como cada um vivência a experiência.

A enfermagem tem desenvolvido modelos teóricos importantes que orientam a prática, a investigação e a função em enfermagem como disciplina autónoma, estes baseiam-se nas ciências sociais como sociologia, antropologia, psicologia entre outras., que defendem cuidados a um sujeito de forma holística, quer na acção do enfermeiro, quer ainda na relação enfermeiro - utente, a base será uma filosofia humanista e holística.

O cuidado surge como processo interactivo entre o doente , pessoa que necessita de ajuda, e uma outra capaz de fornecer esta ajuda, neste caso o enfermeiro.

Neste processo interactivo, a presença do enfermeiro deve ser mais do que presença física.

Reconhece – se que à prática de Enfermagem está associada a natureza interpessoal. Assim, só poderá ser classificado de completo quando à execução de qualquer técnica estiver ligado a dimensão relacional, que segundo Vilaça (2004: 26), "*é esta ultima que lhe dá sentido e serve de suporte*".

Neste sentido iremos abordar os modelos de enfermagem de interacção: Peplau, King e Orlando. Salienta – se que não existe só um modelo em uso, porque para se adoptar um modelo para o serviço é necessário que haja nas equipes tempo para explorar cada um deles e concluir qual o mais adequado.

Peplau (1952), citada por Tomey e Alligood (2004) refere que a enfermagem é um processo interpessoal, terapêutico e muito significativo. Segundo a autora com os cuidados de enfermagem pretende – se dar condições que facilitem todo o processo, a mesma citada

por Bento (1997:47) refere que:

> "*os cuidados de enfermagem exigem ser capazes de compreender a nossa própria conduta para poder ajudar os outros a identificar as necessidades percebidas, e aplicar princípios das relações humanas aos problemas que surgem a todos os níveis".*

O profissional tem como objectivo orientar o doente para que este encontre as soluções dos seus problemas, esta orientação desenvolve – se ao longo de diversos encontros em que os métodos e princípios utilizados se tornam mais eficientes.

Peplau(1952),citada por Tomey e Alligood (2004: 426) faz referência à existência de quatro fases no decorrer das relações interpessoais orientação, identificação, exploração e solução. A autora defende que estas muitas vezes se sobrepõem na realidade.

Orientação: numa primeira fase ambas são pessoas estranhas, a pessoa dá a conhecer a necessidade sentida, que pode não corresponder à necessidade real, assim é de grande importância que exista um trabalho conjunto para reconhecer, esclarecer e definir o problema.

Nesta fase inicial a teórica defende que é importante estar atenta à reacção do doente, pois esta é influenciada por diferentes factores como cultura, raça, religião, back-ground educacional, experiências anteriores e ideias pré concebidas.

Identificação: é importante que nesta fase o enfermeiro e doente esclareçam percepções e expectativas de ambos, isto inclui desmistificar experiências anteriores e identificar expectativas para o futuro.

Durante esta fase o doente pode reagir de três formas face ao enfermeiro:

- Participar como o enfermeiro ou ser interdependente com ele;
- Ser autónomo e independente do enfermeiro;
- Ser passivo e dependente do enfermeiro.

Este começa a ter uma melhor capacidade de lidar com o problema, podendo colocar de parte sentimentos menos positivos, assim a teórica defende que se consegue uma atitude de optimismo, onde surge uma força interior que será vantajosa.

A relação terapêutica é mais forte nesta fase.

Exploração: o doente obtêm vantagens dos serviços disponíveis, o grau de utilização depende de cada um. Durante esta fase o enfermeiro pode –se deparar com algumas exigências difíceis de dar resposta , assim sendo pode recorrer a técnicas que permitem

explorar e compreender os reais problemas do doente, de modo a não prejudicar a relação estabelecida até então.

Durante esta etapa o enfermeiro utiliza instrumentos de comunicação como o esclarecimento, a escuta, a aceitação e a interpretação para dar a conhecer os serviços ao doente. O objectivo é que estes em conjunto consigam vencer desafios e atingir o nível máximo de saúde.

Resolução: as necessidades anteriormente identificadas já foram ultrapassadas com o esforço conjunto, existe agora necessidade de terminar o relacionamento terapêutico, existe um processo de libertação. Nesta fase pode haver aumento da tensão e ansiedade principalmente se esta não ocorre da forma mais positiva.

Como resultados desta relação surgem pessoas mais amadurecidas e mais fortes, o doente a partir desta fase traça novas metas recomeçando um novo ciclo.

Durante as fases acima mencionadas Peplau (1952), citada por Tomey e Alligood (2004: 426) refere que o enfermeiro assume diversos papéis: professor, recurso, conselheiro, líder, especialista técnico e substituto.

Professor: quando transmite conhecimentos relativos a um foco de interesse ou necessidade sentida pelo doente.

Recurso: quando proporciona a informação especifica e necessária à compreensão do problema identificado.

Conselheiro: quando através das suas habilidades ajuda o doente a reconhecer, enfrentar, aceitar e resolver os problemas que estão a contribuir para alteração do seu bem – estar.

Líder: quando realiza o processo de iniciação e tenta manter as metas do grupo, utilizando a interacção.

Especialista técnico: quando se proporciona atendimento técnico, através de habilidades clínicas e de equipamento adequado.

Substituto: quando em diferentes etapas existe necessidade de ocupar o lugar do doente.

Assim Peplau propõe que a enfermagem deve:

- dar respostas especificas sob a forma de informação e ensino, em resposta aos problemas propostos pelos doentes;

- demonstrar respeito e interesse positivo;

- observar o doente de forma a perceber como este vive a situação, a fim de melhor o ajudar;

- por vezes ser um substituto;
- e ser em algumas ocasiões um conselheiro.

Será sem dúvida interessante observar e identificar estas fases e papéis, no nosso quotidiano.

Orlando (1978), citada por Leonard e George (2000) caracteriza a enfermagem como interactiva, a sua teoria baseia - se na relação enfermeiro – doente , sendo esta recíproca. A enfermagem é exclusiva e independente, ou seja o enfermeiro actua para dar resposta às necessidades identificadas naquele momento, com o utente.

As respostas aos utentes devem ser as mais individualizadas possíveis, pois a teórica vê o utente como o centro da sua assistência.

Esta teórica descreve que a assistência ao utente decorre em três momentos o comportamento do paciente; a reacção da enfermeira a estes comportamentos; e as acções que são planeadas. No primeiro momento a enfermeira deve estar atenta à comunicação verbal e não verbal. Desta ultima destacamos, expressões da face, gestos, tremores e alterações fisiológicas.

Segundo Orlando (1978), o comportamento do utente deve ser observado pelo enfermeiro, o que correspondendo ao momento da avaliação das necessidades, através da colheita de dados. Temos que ter em conta que este comportamento é influenciado pela personalidade, cultura, reacção do enfermeiro, percepção, sentimentos e pensamentos do enfermeiro.

As acções de enfermagem desencadeadas correspondem ao planeamento do processo de enfermagem.

Esta teoria pode ser adequada aos nossos tempos, citando Leonard e George, (2000 : 133) estes referem que Orlando (1978) descreve *“ o processo real de uma interacção enfermeira – paciente pode ser o mesmo de qualquer interacção entre duas pessoas”.*

King (1968) , citada por Pearsone e Vaughan (1992), descreve a enfermagem como uma processo que engloba a acção, reacção, a interacção e a transacção, assim esta ajuda os utentes a satisfazerem as sua necessidades básicas, a controlar a saúde e doença nos diferentes pontos do ciclo vital.

Este modelo assenta em quatro conceitos bases: sistemas sociais; a saúde; a percepção; e as relações interpessoais. Segundo esta teórica os utentes vivem num sistema social, onde inevitavelmente existem relações interpessoais, estas estão influenciadas pela percepção de cada individuo, que são responsáveis por influenciar o seu conceito de saúde e doença.

Salienta – se ainda que esta defende que a saúde tem significados diferentes consoante a cultura e o próprio individuo.

Surge também um conceito novo com King, são os sistemas abertos, esta citada por George (2000) enuncia três sistemas em interacção , o social, interpessoal e pessoal:

- a nível do sistema social a enfermeira e utente estabelecem entre si uma rede, perante a situação presente, este sistema engloba forçosamente os sistemas sociais anteriores (passados e presentes);

- a nível pessoal, está directamente relacionado com a percepção que a enfermeira ou utente tem de si, desde percepção de espaço, vida, corpo e tempo todos necessários para compreender os indivíduos. A percepção é então direccionada e baseada na informação presente;

- a nível interpessoal, compreender o sistema interpessoal requer que se perceba conceitos como comunicação, interacção, função ou papel, stress e transacção, um exemplo quando o enfermeiro e utente interagem formam um sistema interpessoal, neste caso uma díade. Podemos então referir que quando os sistemas pessoais interagem entre si formam sistemas interpessoais.

King (1968) ,citada por George (2000) refere que todos os dados que os sentidos apuram são organizados, interpretados e transformados.

A mesma, considera que o centro da Enfermagem no sistema pessoal é a pessoa, e que os sistemas interpessoais surgem quando existe interacção entre os sistemas pessoais.

No caso da enfermeira – utente cria - se uma díade, que é um tipo de sistema interpessoal.

Neste sentido King citada por Pearsone e Vaughan (1992 :131) refere que a enfermagem é um processo que consiste na acção , reacção, interacção e transacção , como consequência as enfermeiras assistem indivíduos em qualquer ponto do seu ciclo vital, com o objectivo de satisfazer as necessidades básicas de vida diária e a saberem lidar com a saúde e doença, como processos normais da vida.

A grande diversidade de utentes que se acompanha diariamente, faz com que nos deparemos com comportamentos e necessidades diferentes, as teorias são importantes pois permitem explicar estes fenómenos de diferentes formas.

2.3 - INTERAÇCÃO EM ENFERMAGEM.

No capítulo que abordamos anteriormente foi notório a importância da interacção

enfermeiro – doente, tendo sido apresentados modelos teóricos que se baseiam nesta premissa.

Se analisarmos este termo na sua base etimológica, refere -se a uma acção mútua e recíproca, assim Costa e Jurado (2006), referem que se desenvolve a interacção quando uma acção de um sujeito funciona como estímulo, desencadeando uma resposta num outro sujeito e vice – versa, este último termo é equivalente a feedback ou retroalimentação, ou seja trata – se de um processo circular.

Travelbee (1971) in Tomey e Alligood (2002:469) refere que *" o termo interacção enfermeira – doente refere – se a qualquer contacto entre uma enfermeira e uma pessoa doente. E caracteriza – se pelo facto de ambos os indivíduos verem o outro de forma estereotipada"*

A mesma autora descreve um modelo de relação pessoa – a – pessoa, que representa a interacção entre enfermeiro e doente, este à medida que vai avançando e salienta – se que existem cinco etapas, vai - se caminhando para atingir uma relação terapêutica.

Assim as cinco etapas são:

- Primeiro encontro – neste são colhidas as primeiras impressões sem esquecer que ambos se vêem de forma estereotipada.

- Identidades em emergência – A enfermeira e o doentes vêem se como seres únicos, este é o inicio de uma relação.

- Empatia – existe uma capacidade de partilha de experiência, a enfermeira desenvolve a capacidade de prever o comportamento do doente, esta relação é facilitada se ambos tiveram experiências semelhantes e se houver desejo de compreender a outra pessoa.

- Simpatia – quando surge a simpatia a enfermeira encontra – se envolvida, mas esta não compromete a vontade de auxiliar o doentes e aliviar o seu sofrimento.

- Harmonia – nesta etapa conseguiu - se o alivio da angústia do doente , este demonstra confiança na enfermeira, esta é capaz de perceber a singularidade do ser humano e tem competências para dar resposta aos problemas identificados.

Kim (1997) citada por Lopes (2006: 88) refere que quando estamos perante uma interacção devemos ter em atenção quatro variáveis:

- Os actores individuais, que são o enfermeiro e utente e todas as características que fazem parte de cada ser desde as psicológicas, cognitivas, e muito importante as experiências passadas por ambos, quer positivas quer negativas.

- O contexto social da interacção – tem a ver com o contexto social em que ambos se inserem, a sociologia tem abordado mais este tema;

- Natureza da interacção - tem a ver com a interacção e as propriedades da mesma, a primeira centra – se nos padrões , sequencias e trajectórias e progressões, a outra centra – se na troca de informação, afectos, suporte, energia, recursos e os tipos de comunicação existentes durante este processo.

- Metas de saúde do utente – está relacionado com o bem estar do utente.

Pode – se concluir que, destas variáveis é importante dar relevo à ultima , pois o nosso objectivo final , é o bem estar do utente.

Constroi – se uma relação, quando ambos interactuam, tornam – se interdependentes, se existir colaboração ambos beneficiam, com o passar do tempo desenvolve – se sentimentos de confiança poderão ser considerados cúmplices ou uma equipa.

Watzlawick citado por Ribeiro (2005) ,salienta que , o padrão estrutural da interacção, depende do consenso que existe em relação às posições relativas ao sistema social. Assim se estas são simétricas o comportamento de um reproduz o comportamento do outro, no caso de serem complementares, o comportamento de um completa e justifica o do outro,

A interacção é sem duvida um processo importantíssimo em saúde, sabemos que nos nossos dias a qualidade dos cuidados prestados depende em muito desta , neste caso, do consumo excessivo de álcool, esta interacção é de extrema importância, pois é necessário estabelecer uma relação de confiança uma vez que a identificação precoce deste problema é muito prejudicada pela negação dos utentes.

Segundo Breton (2004) in Cascais e Marcos (2004: 67), o *"corpo tende a tornar - se uma matéria prima a modelar consoante o clima do momento"*, esta expressão é salientada pelo facto de no decorrer da interacção entre o enfermeiro e pessoa dependente do álcool , deveremos ter em atenção que o corpo que está perante nós é uma construção pessoal, manipulável, sujeito a transformações de acordo com os desejos do sujeito.

Em todo este processo interactivo o enfermeiro deve de estar presente física, psicologicamente e espiritualmente.

Osterman e Barcott(1997) identificaram quatro formas de presença, que podemos aplicar neste caso:

A presença apenas - o enfermeiro limita -se a estar lá mas não está centrado na interacção.

A presença parcial – o enfermeiro está presente fisicamente, mas o foco da sua energia não é o utente.

A presença plena – o enfermeiro está física e psicologicamente presente no contexto do utente, centra a sua atenção nele, através da aproximação, contacto visual, escuta activa e resposta.

A presença transcendente – é uma presença de maior amplitude, existe troca de energia entre ambos, entramos no campo transpessoal. No final existe uma mudança positiva, à diminuição da ansiedade, o utente refere que deixa de se sentir só.

2.3.1 - Comunicação

A comunicação não pode ser descrita como um processo simples e linear , onde apenas existe um emissor, mensagem, receptor e canal, esta é um processo complexo que se apoia nos gestos, na mímica, na aparência física, no olhar, na postura. Neste sentido quando é enviada uma mensagem o outro apresenta uma reacção cheia de significado e influenciada por diversos factores , como por exemplo a cultura.

Phaneuf, (2005:23), refere que :

> "*A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela*".

Pupulin e Sawada (2002) consideram que a qualidade na assistência de Enfermagem está directamente relacionada com o desenvolvimento, optimização da sua capacidade de comunicação.

No decorrer da interacção enfermeiro – utente, esta surge como um processo natural, ou seja ambos são receptores e emissores de mensagens que podem surgir pela comunicação verbal e não verbal, esta ultima torna – se importante, porque, e segundo o mesmo autor:

- em situações de crise é difícil o utente transmitir sentimentos e preocupações através de palavras;

- é reguladora de trocas – esta serve para regular a entrevista ou seja a forma de estar ou olhar, dá a entender quem deve falar;

- confirma e apoia as palavras – a comunicação torna – se harmoniosa, porque existe congruência entre as palavras e os gestos;

- manter a auto – imagem – os utentes e os enfermeiros demonstram autoconfiança ou baixa de auto - estima, isto tem a ver com aposição da cabeça, ombros;

- ajuda a estabelecer laços significativos com os outros e mantê – los - o comportamento que a enfermeira demonstra permite demonstrar abertura para manter aquela relação, desde o sorriso ao olhar.

Habermas, citado por Lucien Sfez (2000:14) refere que "*a comunicação está no cerne do vínculo social …em sociedade é impossível não comunicar, uma comunicação não só transmite informação, como impõe um comportamento".*

Ainda Travelbee (1971) in Tomey e Alligood (2004) define comunicação como um processo que permite aos enfermeiros estabelecer a relação entre ambos e permite assistir os utentes e família na prevenção e situação de doença e ajuda os mesmos a encontrar um sentido nestas experiências.

É com o olhar e palavra que enfermeira entra no seio do utente, mas é com sentimentos como a afectividade que a enfermeira mantêm esta relação. Assim torna – se fundamental recorrer à comunicação terapêutica, esta tem como finalidade identificar as necessidades do utente, melhorar a prática, criar ,como neste caso, a oportunidade de aprendizagem para haver mudança de comportamento. Vamos despertar sentimentos de confiança, empatia e respeito.

A comunicação terapêutica deve basear – se na flexibilidade, no decorrer da relação o enfermeiro deve acolher e escutar com toda a sua sensibilidade. De toda a técnica,

salienta – se o toque, pois o utente percebe um toque intencional com o objectivo de reconfortar; no entanto devemos ter o cuidado de respeitar os limites de espaço delimitados pelo próprio utente, a expressão do olhar e da face, podem ser de primordial importância para identificar o que o utente nos quer transmitir.

Na comunicação verba , a mensagem deve ser clara, simples, breve, apropriada ao tempo e circunstâncias e deve ser adaptadas ao momento e reacções do utente, o objectivo é partilhar o que se sabe com o utente, as opções que este tem para que ambos possam elaborar um plano em conjunto.

No entanto quando se utiliza a linguagem esta sofre influencia por ambos os lados da personalidade, cultura, valores , conhecimentos , ambiente onde se desenvolve a interacção. Este sistema dinâmico , segundo Mercadier (2002) , sofre a influencia das nossas percepções, ou seja a pessoa organiza as suas sensações e dá – lhe um significado, são interpretações que englobam a componente cognitiva e afectiva. A comunicação assenta nestas duas componentes descritas anteriormente, na cognitiva quando surge a informação relacionada com toda a situação, a afectiva está relacionada com o mundo das emoções e dos sentimentos, é importante que estas pessoas que estão presentes se encontrem no mesmo plano, de modo a que o utente não se sinta inferiorizado.

Salienta - se no entanto que a fala é um "*gesto*" que implica corpo e mente, segundo Breton (2004: 229) "*A fala é com efeito um gesto realizado com o corpo na sua totalidade".*

A comunicação não verbal não deve ser negligenciada pelos enfermeiros uma vez que, ela contribui para que a mensagem seja transmitida de forma o mais fiel possível. Frequentemente ,os interlocutores são "traídos" ao longo deste processo , devido ao desfasamento entre a sua linguagem verbal e não verbal. Phaneuf (2005),refere que no caso de ambas serem contraditórias , a comunicação não verbal deve prevalecer.

Neste sentido, e reforçando a ideia que ouvir e compreender o outro não inclui apenas a fala, mas as expressões e manifestações corporais como elementos fundamentais no processo de comunicação, destacamos a Cinésica, que assume um papel importante na descodificação das mensagens recebidas pelos enfermeiros. Esta considera que não há gestos ou movimentos corporais que possam ser considerados símbolos universais e, que estes são influenciados pela cultura onde o utente se insere, assim ela transmite crenças, valores comuns a determinados povos ou mesmo a uma parcela da população. No entanto a comunicação não-verbal não domina o mundo interior do destinatário, que interpreta, modifica, reinventa a mensagem.

Assim segundo Phaneuf (2005) existem alguns pressupostos que promovem uma melhor compreensão da cinésica:

1) o contexto fornece o significado ao movimento ou expressão corporal;

2) a cultura padroniza a postura corporal, o movimento e expressão facial;

3) o comportamento dos membros de um grupo é influenciado pelas suas próprias actividades corporais e fonéticas;

4) os comportamentos têm significados culturalmente reconhecidos e validados.

Assim a forma como se exprimem está influenciada por um código convencional, que é determinado pela cultura , por exemplo na nossa cultura não é comum os homens demonstrarem emoções.

Hargie e Dickson (2004), referem que a linguagem não verbal que surge durante a interacção, tem um significado profundo e autentico, estes ajudam o receptor a perceber o que o emissor pretende.

Podemos enunciar as formas de comunicação não verbal mais frequentes, salvaguarda –se que o resultado da leitura destas, deve ser sempre confinado aquele contexto.

- Expressão facial: a expressão facial transmite sentimentos, emoções e reacções variadas. Uma expressão tensa, crispada, transmite algo, que será completamente diferente da expressão serena e não contraída. Pode ainda transmitir arrogância, medo, timidez, alegria, respeito e tolerância.
- Olhar: o acto de olhar, transmite as intenções do utente, varia a direcção do olhar, a sua duração, o modo. Este informa principalmente sobre o estado afectivo, por isso estes são referenciados em poemas e musicas como a “janela “da alma.

Muito frequentemente observamos que um olhar transmite mais do que mil palavras.

Knapp citado por Ribeiro, (2003: 124)) associa ao olhar diversas funções na comunicação interpessoal:

- “ Regulação da corrente de comunicação: o contacto visual indica ao interlocutor que o canal de comunicação se encontra aberto, fornece-lhe *deixas*, e até pode impor-lhe a obrigação de comunicar;

- Retro-alimentação do processo interaccional: os interlocutores observam mutuamente as reacções (atenção, desinteresse) visíveis no olhar e na expressãodo rosto para orientarem as sequências comunicativas;
- Expressão de emoções: embora normalmente integrado na expressão do rosto, o olhar (eventualmente acompanhado de lágrimas) assume alguma autonomia na expressão de certos estados emocionais (surpresa, cólera, medo, desgosto, tristeza, simpatia, compaixão, felicidade).
- Comunicação da natureza da relação: o olhar (unidireccional ou recíproco) varia com a qualidade das pessoas (sexo, estatuto) e as suas atitudes (positiva, negativa), e também com a estrutura das interacções (simétrica, complementar) eo grau de gratificação que proporcionam."

- Toque : de grande importância aquando da interacção, no contacto corpo a corpo, por via do seu impacto socioemocional. U m mesmo toque pode ser sentido de formas diferentes, tendo em conta o contexto.

O toque pode ser sentido de forma neutra, agradável, desagradável ou ofensivo, este aspecto está directamente ligado com a receptividade do outro. Ribeiro (2003), descreve que o mesmo toque pela mesma pessoa dependendo da circunstância pode ser agradável ou desagradável, ou seja depende do tempo, lugar , disposição

- Distância corporal: É ao mesmo tempo espelho e mecanismo de regulação da relação enfermeiro - utente . Numa relação de confiança mútua é mais fácil aproximar-se de um utente ou tocar nele. Uma aproximação significa um sinal para intensificação da relação, deve -se averiguar a aceitação desta por parte do utente.

Em relação à distância, Pierson (1999), descreve que existem três zonas criadas à volta. A sua violação pode desencadear respostas violentas, uma vez que o espaço que criamos à volta representa um poder sobre o ambiente.

A mesma descreve:

Zona social- é um espaço transaccional de um ou dois metros entre os intervenientes, existe trocas verbais, mas é difícil avaliar o impacto do olhar e não existe qualquer contacto físico;

Zona pessoal- distancia entre ambos de cinquenta cm a um metro, é possível um aperto de mão, as expressões faciais e o ritmo da respiração é mais perceptível, o contacto visual e o seu impacto aumentam;

Zona intima - será nas situações em que é necessário prestar cuidados físicos, neste caso o enfermeiro terá acesso a uma zona que habitualmente é reservada a pessoas de afeição.

Neste campo dá -se ênfase ao plano ético.

Estas são descritas também pelo mesmo como: zona de delicadeza distante ou da neutralidade benevolente, zona de conivência e zona de registo de confiança.

Postura: Certas posições do corpo, como o cruzamento das pernas ou dos braços, podem significar resistência ou defesa, o porquê desta atitude deve ser identificado o mais precocemente possível , assim haverá mais hipóteses de não se perder informação e de o utente seguir os seus conselhos.

Mímica: Muitos utentes avaliam a atenção que o enfermeiro lhes dá pela sua expressão facial, assim o enfermeiro deve ter grande preocupação com a sua mímica, que deve ser adaptada às necessidades de comunicação com o utente. Através desta pode - se detectar no utente sentimentos de desespero e insegurança.

Contacto visual**:** Através do contacto visual o enfermeiro pode informar o doente que está seguindo atentamente as suas ideias. Salvaguarda -se que , em certas situações o utente pode não suportar o contacto visual, devido à excessiva proximidade que ele exige. O enfermeiro deve estar atento às tentativas de contacto visual do utente, tendo o cuidado de respeitar os momentos em que este não o quer.

Quando abordamos a comunicação, temos que fazer referencia à percepção, que segundo Phaneuf (2005: 94) é um *" fenómeno complexo e profundo directamente implicado no processo das relações humana"* ,esta influencia a avaliação que fazemos da pessoa que está à nossa frente representa. A percepção e os sentimentos andam lado a lado nas nossas vidas, no entanto, os sentimentos muitas vezes prejudicam a nossa percepção.

Os comportamentos verbais e não verbais, ligados às emoções diferem devido a múltiplos factores como: a situação que provoca a emoção, o significado social que lhe é atribuído e as regras de exibição que condicionam a manifestação da emoção.

Portanto, é necessário que o enfermeiro treine a sua capacidade de percepção, uma vez que a rotina e os pequenos problemas do dia a dia fazem com que o mesmo - olhe sem ver, escute sem ouvir e toque sem sentir.

Salvaguarda - se que um dos obstáculos presentes na comunicação do enfermeiro com o alcoólico é a sua indignação moral, que, tem por base valores que caracterizam as atitudes destes em relação ao doente ,a doença é interpretada como uma punição do seu

próprio comportamento. A indignação moral surge da velha história de que a doença é uma punição para o pecado, sendo que a resposta apropriada para isto precisa incluir a culpa.

Stuart & Laraia (2002) defendem que a teoria da comunicação é de grande importância para a prática de enfermagem , destacam três aspectos: primeiro, a comunicação estabelece um relacionamento terapêutico, porque implica na condução de informações e a troca de pensamentos e sentimentos; Segundo, a comunicação é um meio pelo qual as pessoas influenciam o comportamento das outras, tornando assim possível um bom resultado da intervenção de enfermagem direcionada a promover a alteração comportamental adaptativa e finalmenbte o terceiro, a comunicação é o próprio relacionamento.

O profissional enfermeiro deve adquirir determinadas habilidades e qualidades para iniciar e continuar um relacionamento terapêutico, dos quais fazem parte em especial a comunicação verbal e não verbal destacamos duas dimensões :

- Dimensões responsivas: deve existir autenticidade, respeito, compreensão Empatia e senso da realidade. Elas são essenciais na fase de orientação do relacionamento para estabelecer uma relação de confiança e uma comunicação franca.

- Dimensões orientadas pela acção existe a confrontação, a proximidade, a auto revelação do enfermeiro, favorece o progresso do relacionamento terapêutico identificando os obstáculos ao crescimento do utente , existe uma necessidade de compreensão interna, como também da acção externa e alteração do comportamento.

Será importante, realçar as causa que podem contribuir para o ruído comunicacional, Freire (1999), destaca quatro grandes grupos: barreiras físicas, socioculturais, psicológicas e linguísticas.

Barreiras físicas – relacionadas com a própria patologia do utente, utente por exemplo mais cansado, fica menos receptivo a participar na interacção;

Barreiras socioculturais – o uso de linguagem com valor ambíguo, este aspecto está relacionado com a cultura onde se insere o utente;

Barreiras psicológicas – podem ser diversas, como valores e crenças, quando algo tem significado diferente para duas pessoas é impossível existir sintonia; egocentrismo, é difícil comunicar com quem quer se impor ou se fecha totalmente; propensão para a refutação, existem pessoas que obtêm prazer sendo sempre do contra; tempo de escuta, sempre que a mensagem é acompanhada de gestos, promove – se a atenção do receptor.

2.3.2 - Relação de Ajuda

Quando falamos de interacção e comunicação sabemos que está implícito o termo relação de ajuda, este "nasceu" no seio da Psicologia Humanista de Carl Rogers(1977) . Para este autor, o Homem é um ser digno de confiança e possuiu qualidades que em determinadas situações são capazes de promover posterior equilíbrio. Sempre que alguém vivencia um acontecimento, o importante é saber a forma como esta o vivenciou, pois a resposta a este é muito individual.

A relação de ajuda tem inicio com o momento de anamnese, em que o enfermeiro para além da presença física , faz um escuta psicológica do cliente.

No decorrer desta relação, segundo Riley (2004: 26) os " *clientes e enfermeiros apresentam – se com capacidades de ordem cognitiva, afectiva e psicomotoras próprias que utilizam em conjunto para atingir o bem estar do cliente."*

Phaneuf (2005: 324) refere –se à relação de ajuda como :

> *"uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que uma pessoa tem necessidade no decurso da prova (...) permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceita – la(...) abrir – se á mudança e à evolução pessoal(...) ajuda a pessoa a demonstrar coragem perante adversidades."*

No final desta relação, o enfermeiro pretende que haja mudança no comportamento da pessoa, a mesma deve sentir - se aceite e respeitada tendo em conta a sua individualidade, no decorrer da relação terapêutica estabelece - se um acordo entre a experiência total e a experiência consciente do self, resultando num amadurecimento e consequente desenvolvimento.

Para tal a relação baseia - se em três atitudes:

- Compreensão empática - desenvolve - se um processo dinâmico em que o objectivo é penetrar no universo do outro, demonstrando sensibilidade quanto às vivencias do outro, respeitando o ritmo das suas descobertas próprias.

Riley (2004:132) define empatia como ´´*a capacidade de reflectir com precisão e especificidade nas palavras, nos sentimentos vividos por colegas e clientes, traduzindo-a em comportamentos não verbais de calor humano e autenticidade."*

- O olhar positivo incondicional - esta condição é básica para a mudança na relação, as experiências anteriormente ameaçadoras, passam a ser percepcionadas, exploradas e integradas de forma aberta no seu conceito de si.

- Congruência - é entendida como a percepção para poder experienciar a compreensão empática e o olhar incondicional.

O enfermeiro não poderá ser rígido, pois assim não poderá estimular a fluidez do discurso , ou estar aberto à complexidade e diversidade do outro, assim deve valorizar a experiência, a confiança em superar as congruências, o respeito pela liberdade.

Trata -se de um processo dialéctico, para o qual não existem caminhos pré - definidos , as actividades são constantemente definidas pelo individuo.

Apesar da postura holística que o enfermeiro possa ter não deve interferir onde o utente não quer ou não sente necessidade, este é o chamado termómetro da relação.

O enfermeiro deverá educar, conduzindo o utente a familiarizar -se com os seus próprios sistemas de modo a encontrar equilíbrio.

Esta relação assenta em dois importantes pilares – aceitação e empatia:

- Aceitação do outro é um dever ético, acolher a pessoa sem julgar ou fazer juízos de valor, não implica que estejamos de acordo com o seu comportamento, no entanto se o utente sentir esta aceitação vai de certeza ter vontade de mudar. É um dever ético pois implica tratar o outro com dignidade e respeitar a sua liberdade.

Existem segundo Phaneuf (2005) factores que ajudam nos a aceitar os outros tais como:

- Pensar a sua dignidade como ser humano;

- Pensar no que esta pessoa já foi;

- Acreditar que esta pessoa pode evoluir;

- Tomar consciência das dificuldades vividas por esta pessoa;

- Reconhecer os seus sentimentos reais e;

- Dizer – se que a aceitação não é deixar andar nem caucionar comportamentos repreensíveis.

- A empatia é descrita como o cerne da relação de ajuda, esta segundo a mesma autora (2005: 347) é *" um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no seu universo se*

colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive, e que lhe leva o reconforto que ela precisa."

É importante que após esta fase haja feedback por parte do utente, de modo a que a minha visão seja a mais correcta. Para que a empatia seja o cerne da relação é necessário que tenhamos uma relação de confiança com bons alicerces, assim o utente sente abertura e vontade em exprimir os seus sentimentos e um aumento da sua auto – estima.

Riley (2004: 143) refere que *" a empatia é assertiva porque tem em conta o pensamento e sentimentos dos outros. Somos responsáveis por ser empáticos , para assegurar aos nossos clientes a aceitabilidade necessária para se empenharem nas várias etapas do processo de enfermagem."*

É importante salientar que numa relação terapêutica é necessário conhecer bem a história de vida do utente, a sua cultura e as suas crenças, pois estas influenciam em muito o seu conceito de saúde/ doença.

A mesma autora (2004), refere que o enfermeiro pretende ajudar a pessoa cuidada a:

- Expor a sua dificuldade em palavras, de modo a que esta perceba que tem um papel activo, na sua resolução;
- Aceitar a sua dor e dificuldades com mais serenidade;
- Ver o seu problema de forma mais realista, e modificar as suas perspectivas em caso de necessidade;
- Deve apresentar o seu problema da forma como o sente, tendo em conta a sua particularidade;
- Dar a conhecer a relação entre as vivências e as relações de força entre as pessoas consideradas chaves na sua vida, para que se atinja a compreensão do problema;
- Expor os seus sentimentos mesmo que sejam negativos;
- Libertar a sua tensão;
- Sentir – se aceite, compreendida e escutada tal como ela é ;
- Abrir – se com os outros de forma mais à vontade;
- Ter em conta os outros e ser mais consciente das suas responsabilidades;
- Estabelecer uma relação significativa com a enfermeira , pois esta será depois transferida para outros contextos;
- Ter uma auto - imagem mais positiva;
- Alterar comportamentos que influenciam negativamente a sua adaptação;
- Identificar um sentido nas dificuldades sentidas;
- Enfrentar e adaptar - se a situações que sem ajuda , não o faria;

- Identificar os seus recursos pessoais;
- Olhar para a vida de forma mais confiante e mais positiva, e delinear objectivos;
- Tornar - se mais autónoma;
- Enfrentar a morte com serenidade e dignidade.

2.4 - SAÚDE / DEPÊNDENCIA – VISÃO ANTROPOLÓGICA

As ideias que as pessoas têm sobre a doença e saúde são determinadas pela componente cultural e social, estas tem um papel fundamental na resposta a estes processos. Estas ideias são assim construções sociais que resultam de processos complexos que integram diferentes factores. Como refere Quartilho (2001:17) " *a perspectiva do doente tem muito a ver com a sua experiência subjectiva, com as suas interpretações particulares sobre a origem e o significado dos sintomas, no contexto da sua vida social"*, esta ideia é reforçada por Duarte (2002) , quando refere que o conceito de saúde ou doença é individual, tem por base a experiência e valores culturais , que foram adquiridos através de um processo de aprendizagem pela comunidade onde este individuo se insere.

Cada vez mais se tem estudado a forma como as pessoas vi venciam o seu processo saúde – doença, e conclui - se que este processo não é meramente físico, factores psicológicos e culturais influenciam de forma importante a mesma, Pereira citado por Duarte (2002:55), refere que *" o estar doente só pode ser compreendido com a intervenção de variáveis não biológicas. As variáveis psicossociais influem no significado social e pessoal da doença… na reacção à doença e no prognóstico"*., assim estar doente passa a ser visto não só como um estado biológico mas também social e Kleinman et all citado por Duarte (2002: 55) defende que *" a doença é culturalmente construída no sentido de que a forma como a percebemos, experimentamos e com ela lidamos é baseada nas nossas explicações de doença, especificas das posições sociais que ocupamos e dos sistemas de valores que possuímos".*

A saúde é descrita por Watson (2002:86) como *" unidade e harmonia na mente, corpo, e na alma… está associada ao grau de congruência entre o EU, como é percebido, e o EU como é experiência*do".

Sendo assim quando um doente recorre aos cuidados de saúde devo ter em conta que este já traz consigo uma ideia pré concebida de doença e saúde que está intimamente relacionada com a sua experiência e com a cultura a que está sujeito.

Este processo saúde e doença tem assim sido alvo de compreensão não de forma individual, mas de forma colectiva, conhecendo – se assim a representação colectiva, dai que se comece a dar importância a teoria das representações nesta área.

A doença é encarada por muitas pessoas como uma entidade exterior ao corpo, e a cura é vista como eliminação do inimigo, enquanto que para outros esta não é vista como estranho ao organismo.A cura é vista como uma actividade reguladora; a doença não é descrita como o contrario de saúde, tenta – se sempre formas individuais de adaptação.

Assim Duarte (2002:64) refere que o conceito de saúde e doença advêm das representações partilhadas e da sua transformação na experiência individual.

A questões ligadas à saúde e doença enquanto fenómeno influenciado pelas diferentes dimensões (biológica, psicológica, social e cultural), foram construídas com base no paradigma das ciências biomédicas e pelo paradigma das ciências sociais no entanto na prática este primeiro paradigma traz algumas limitações, por não contemplar todas as dimensões da pessoa, como reforça Nunes (1987: 233) *" postula – se o respeito pelo doente e pelas suas escolhas e exige – se dos médicos a superação do paradigma estritamente bio médico, que inspirou a sua formação por um alargamento da visão da saúde e da doença, fundado no conhecimento das praticas e dos padrões culturais que dominam a comunidade onde trabalha".*

Ente último paradigma reduz a doença ao órgão e não dá importância à tradução subjectiva da doença.

Daí a grande importância de ligar a Antropologia á área da saúde. São diversos os estudos efectuados nesta área e vários defendem que *"em todas as sociedades humanas, as crenças, atitudes e práticas relacionados com problemas de saúde são características fundamentais de uma cultura, do complexo cultural dos indivíduos e das populações*." (Quartilho, 2001,Eisenberg, 1988). Assim será quase impensável compreender este binómio sem o enquadrar na sociedade do indivíduo em questão.

Será importante definir cultura uma vez que toda a conduta humana está influenciada por esta, segundo Coll (2001) citado por Pinto e Abreu (2004: 19) descreve cultura como:

> *" o conjunto de valores , crenças, instituições praticas que uma sociedade ou grupo humano desenvolve num dado momento do tempo espaço, em diferentes campos da realidade, afim de assegurar a sua sobrevivência material*

e a plenitude espiritual, tanto individual como colectivamente".

Assim é necessário ter um conhecimento profundo da história de vida do doente, só assim será possível estabelecer uma relação terapêutica, cuidando do doente de forma holistica. A abordagem antropológica da relação do cuidar permite perceber a riqueza das relações interpessoais e acima de tudo confrontar com os significados e interpretações expressas pelo doente, dando ênfase à vertente emocional e pessoal do doente.

O enfermeiro durante o decorrer da relação terapêutica deve para além do seu saber e do seu saber fazer, deve dar ênfase ao seu saber ser e saber estar, importante será realçar o poder da comunicação no decorrer desta relação.

Quando os médicos e enfermeiros não correspondem ás expectativas dos doentes, muitas vezes estes recorrem aos curandeiros e bruxos que dão mais ênfase à vertente humana da doença, correspondendo às expectativas do doente.

Na relação enfermeiro – doente será importante dar ênfase à concepção de vida e de ser pessoa.

Na relação estabelecida entre o enfermeiro e doente, o corpo é o mediador desta, pois é um veículo de significados culturais que diariamente se pode tornar invisível. O homem veste uma emocionante realidade afectiva que não poderá ser separada do seu corpo.

No decorrer da relação olho o doente como um corpo ferido, desenvolvo uma relação terapêutica, relação de ajuda onde o meu corpo também está presente, este corpo representa a minha capacidade de estar com ele e para ele, todas as minhas dimensões estão presentes, a física, a afectiva e espiritual.

O corpo é sem dúvida, segundo Le Breton (1992:) um signo de indivíduo.

Existe uma consciência corporal, o corpo é mediador entre a pessoa e os outros na comunicação, nas relações interpessoais e na comparação social.

Assim o corpo é segundo Goffman in Ribeiro (2003), *" mais do que uma fachada que esconde ou revela a pessoa um alter ego, e uma das suas funções mais importantes é precisamente a de mediar as relações interpessoais".* Le Breton citado por Duarte (2002: 65), "*o corpo é a condição mesma do homem, o primeiro vector de sentido".*

O corpo é encarado como emissor e receptor de mensagens continuamente, assim o homem fica inserido num espaço social e cultural.

O corpo quanto à sua forma e conteúdo, é submetido a um processo de socialização, o homem vive de modo diferente e em tempos diferentes, assim originam corpos diferentes.

Alferes in Duarte (2002:66), defende um corpo como objecto social, a representação do corpo é socialmente construída *" o corpo é por excelência, um objecto de troca social matéria e signo objecto de troca e consumo talvez aquilo que de menos biológico possuímos."*

Duarte (2002), também defende que a entidade social varia em função do grupo e cultura onde o individuo se insere, os cuidados ao corpo são fruto de uma aprendizagem, estes cuidados vão desde ao físicos, como à linguagem corporal.

É necessário dar - se muito importância à relação desenvolvida com o doente, devemos dar abertura para que este partilhe connosco medos e angústias, conduzindo – o ao melhor entendimento sobre a sua doença, assim devemos centrar - nos no doente e não na doença.

A interacção entre estes pares passa por três fases princípio da relação, corpo da relação e fim da relação, Lopes (2006)

- Principio da relação, acontece quando ainda não houve o encontro presencial , ou seja a enfermeira recolhe informações sobre o utente, este momento inclui o processo de avaliação diagnostica;

- Corpo da relação, nesta engloba – se para além do processo de avaliação de diagnóstico, o processo de intervenção terapêutica, é o tempo onde a enfermeira desenvolve as suas intervenções dando tempo e informação para o utente se reorganizar e;

- Fim da relação, o fim da relação pode estar relacionada com o fim de um tratamento, de um internamento ou mesmo da morte do utente, este momento está presente desde o inicio e pode acontecer a qualquer momento, denota – se assim alguma dinâmicas nestas etapas.

O corpo da relação é constituído pelo chamado processo de intervenção terapêutica, ou seja existe confiança que permite uma gestão de sentimentos e de informação, permitindo uma reavaliação da situação, o objectivo primordial será ensinar o doente a viver o melhor possível.

Inerente à relação está o cuidar, diariamente existe dificuldade em utilizar uma abordagem antropológica, que é descrita como activa e participativa esta choca com o que acontece diariamente, verifica – se um fraccionamento do trabalho em tarefas, redução de pessoal e o poder imposto por outros grupos profissionais, que temem a perda de domínio institucional.

As tradições ou seja a vertente cultural tem um peso muito grande neste problema, por exemplo existem regiões onde “beber álcool aquece”,” dá força” ,no entanto o que se verifica é que o álcool em Portugal é responsável por diversas disfunções familiares, baixo rendimento laboral e existe uma perturbação da relações sociais, nos casos mais graves existe violência, degradação do lar da saúde da pessoa.

Na sociedade podemos identificar três tipos de bebedores: os ocasionais, os sociais e os compulsivos

Surge assim o estigma que é segundo Goffman (1998: 13) “ *um tipo especial de relação entre atributo e estereotipo…*”, ao doente alcoólico frequentemente são referenciados atributos depreciativos

Existem diversos tipos de estigma, os doentes alcoólicos englobam – se nas de culpas de carácter individual, onde se engloba vontades fracas e crenças falsas.

A sociedade em geral tenta criar ideologias e teorias para explicar a inferioridade destas pessoas que são muito alvo de descriminações. O indivíduo estigmatizado pode tentar corrigir esta situação com grande esforço individual, ou da família, esta situação é muito frequente com os nossos doentes alcoólicos. No entanto esta pessoa pode tentar ter ganhos secundários, qualquer fracasso é desculpado pela sua inferioridade.

2.5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Na actualidade cada vez mais os enfermeiros lidam com questões éticas e morais durante o seu processo de cuidar, assim ao estabelecer a relação com o doente admite – se e respeita – se o seu carácter único de pessoa envolvida, sem qualquer espaço para juízos de valor, o doente não é apenas um caso clínico, mas uma pessoa com um quadro referencial de valores e atitudes, sendo imperioso respeita - los.

Quando se estabelece a relação com o doente existem valores inerentes a esta como o da dignidade humana. A Ordem dos Enfermeiros (2003) defende que o homem é um sujeito de direitos e não um objecto, trata-se de um princípio moral.

Este princípio é destacado, uma vez que é o pilar nos cuidados e relação enfermeiro – doente.

Savater (1999) refere que a dignidade humana tem quatro grandes implicações:

- A inviolabilidade da pessoa, esta não poderá ser sacrificada ou utilizada por outros;

- Reconhecimento da autonomia, cada doente tem os seus próprios projectos de vida e cabe ao enfermeiro respeitar os mesmos, salvaguarda – se que deve ser respeitada a

liberdade dos outros;

- Cada pessoa deverá ser reconhecida pelo seu comportamento e não pela sua raça, etnia, sexo e classe social;

- Finalmente deverá solidariedade com a infelicidade e sofrimentos dos que nos rodeiam.

Considerando que os doentes alcoólicos são pessoas com maior vulnerabilidade e fragilidade, o enfermeiro tem que garantir que no decorrer da relação o principio da beneficência e o da não maleficência estão presentes.

Relativamente ao principio da não maleficência, o enfermeiro tem a obrigação de durante a relação não induzir danos ao doente de forma intencional, pelo contrário deverá promover o bem e o interesse do doente no acto de cuidar, que é o que pressupõe o principio da beneficência

Estes princípios são básicos e inerentes à relação, pois permitem um cuidar mais global. Segundo Neves (2002:233) estes princípios são " *o farol que permite guiar os enfermeiros para agir cuidando da pessoas humana nas suas diferentes dimensões".*

Existe diariamente dificuldade em manter o equilíbrio entre técnica e sensibilidade humana, mas este adquire – se com tempo e consequentemente com a maturidade do profissional.

No meu trabalho irei abordar a relação do enfermeiro com um doente com comportamento aditivo, segundo Ricou (2004:152*) " traduz um comportamento mediado por um impulso incontrolável, estimulado pela observação de prazer ou alívio de desprazer, da qual resultam consequências nefastas para o indivíduo".*

Normalmente, estes doentes trazem algumas dificuldades para o profissional de saúde pois o doente tem dificuldade em identificar o problema, aceitar o tratamento, que muitas vezes pode ser compulsivo.

O sujeito com comportamento aditivo vive o momento, vive em função da dependência, recebe gratificação imediata, isto faz com que este invista todas as suas energias nesta, e perca a sua autonomia.

Estes comportamentos implicam muitas vezes danos a terceiros como a família, trabalho e sociedade que o rodeia

No desenrolar da relação, estes doentes procuram muitas vezes uma autoridade, que lhes permita encontrar respostas para as suas angústias e medos, isto leva a que estes doentes tenham muitas vezes uma atitude submissa no desenrolar da reabilitação.

O nosso papel será contribuir para a autonomia do doente, só assim este poderá

restabelecer o equilíbrio e recuperar a sua liberdade. Durante algum tempo a relação poderá ser avaliada como paternalista.

Esta relação baseia – se num contrato, onde existem deveres e direitos de ambas as partes, o enfermeiro deverá ser imparcial, livre de preconceitos ou crenças face ao alcoolismo e orientar – se pelo que é melhor para o doente.

Estes conceitos são traduzidos no Art 2º da Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do ser Humano (1996), relativamente às aplicações da biologia e medicina.

Durante a relação estabelecida o enfermeiro deverá manter a confidencialidade, no entanto devido ao tipo de doente, muitas vezes é necessário envolver uma terceira pessoa nesta relação. Este envolvimento só poderá acontecer com o consentimento total e livre do nosso doente, e a informação partilhada com o terceiro elemento deverá ser do conhecimento do mesmo. No caso de recusa o enfermeiro deve respeitar e deverá manter, se as circunstâncias permitirem, a relação terapêutica com o doente, demonstrando sempre a sua disponibilidade, tentando motivar o doente para o abandono deste comportamento ou então tentar em conjunto com este reduzir os malefícios que advêm deste comportamento.

Salienta - se ainda o direito à intimidade, confidencialidade e anonimato, estes princípios foram respeitados durante a nossa investigação pois os doentes mostraram – se preocupados pois vivemos num meio pequeno e esta doença tem ainda uma grande conotação negativa.

Na minha investigação existe outro ponto fulcral a ter em conta, o consentimento informado aquando da investigação. No caso dos doentes com comportamento aditivo, o investigador não deve, segundo Rosenthal(1994) in Ricou(2004:176) "s*eduzir a pessoa para a participação seja através da hipervalorização dos objectivos do estudo ou mostrando ser muito importante para si próprio".*

É necessário ter em conta que muitas vezes o participante quer agradar ao investigador e sente esta como forma de agradecimento do trabalho realizado com este noutras circunstâncias. Há autores que defendem que o investigador poderá afastar – se da amostra, no entanto Ricou (2004) defende que isto deverá acontecer de forma obrigatória se existe relação terapêutica com o potencial participante, deverá ser sempre salvaguardada uma participação livre, consciente e muito esclarecida.

Streubert e Carpenter (2002:187) defendem que os investigadores qualitativos devem ser "c*onscientes e conhecedores das suas responsabilidades para com os participantes do estudo."*

Em relação aos enfermeiros observados será dado a conhecer, clarificada e discutida com estes toda a investigação, desde o início, estes devem participar de forma livre e esclarecida.

A salientar que para salvaguardar a confidencialidade dos intervenientes, às entrevistas serão atribuídos códigos.

Para que este estudo se desenvolva, será necessário o parecer da Comissão de Ética do Hospital do Divino Espírito Santo, assim será enviado ao mesmo, um pedido de autorização para desenvolver o estudo na instituição, este pedido será acompanhado de informação desde temática, pertinência do estudo e objectivos do mesmo.

2.6 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Aquando do desenvolvimento desta investigação algumas limitações foram sentidas, a primeira relacionada com a inexperiência da investigadora, nomeadamente na condução das entrevistas, bem como no domínio da técnica da mesma.

Outra dificuldade , teve a ver com o tema que é sem dúvida sensível, houve dificuldade na selecção dos doentes devido ao estigma associado a esta doença, no entanto o facto de manter uma relação de confiança com estes permitiu a abertura para a sua colaboração; mas para surpresa, a renitência dos enfermeiros foi maior na colaboração com a investigação, havendo mesmo um enfermeiro que se recusou colaborar por se tratar de um trabalho qualitativo

Outra limitação sentida foi na análise dos dados, que se torna uma tarefa difícil , para quem não tem muita experiência na investigação.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

CAPÍTULO III – PERCURSO METODOLÓGICO

3 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Num trabalho de pesquisa é sem dúvida necessário definir a metodologia a utilizar.

Para Teixeira (2002:11) a metodologia:

> "*Não deve ser vista como uma disciplina cuja ênfase é o ensino de métodos e técnicas de como planejar, conduzir e apresentar uma pesquisa científica, mas sim, uma disciplina que elucida o que vem a ser essas técnicas, quais os métodos da ciência que atendem e em que bases epistemológicas se encontram fundamentadas".*

Para Santos e Clos citado por Teixeira (2002: 121) "*a opção pelo método e técnica de pesquisa depende da natureza do problema que preocupa o investigador, ou do objecto que se deseja conhecer ou estudar.*" Tradicionalmente o tipo de investigação está associada a um tipo de paradigma. Este segundo Carmo (1998: 175) " *diz respeito à produção do conhecimento e ao processo de investigação e pressupõe existir uma correspondência entre epistemologia, teoria e método*", o mesmo conceito é descrito por Bogdan e Biklen (1994:52) como "*.conjunto aberto de asserções, conceitos ou proposições logicamente relacionadas e que orientam o pensamento e a investigação"*

Ainda Kunh citado por Teixeira (2002:85), refere que *" paradigmas são as realizações cientificas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade."*

Na enfermagem fala – se no Paradigma Holístico da Enfermagem Contemporânea, que valoriza uma abordagem holística, o homem é visto como ser activo, integrado, em interacção, a pessoa é vista como sistema aberto sempre em constante mutação, devido às diferentes influencias que sofre.

Os profissionais de saúde, mais concretamente os enfermeiros, com os seus estudos desejam compreender claramente e dar sentido às experiência vivenciadas pelos seus clientes.

Devido a esta necessidade e complexidade dos fenómenos humanos a estudar optamos pelo uso do método qualitativo.

Bogdan e Biklen (1994:47) referem que a investigação qualitativa assenta em cinco

características, no entanto salvaguarda que estas podem não estar todas presentes no estudo que passo a citar:

> "*Na investigação qualitativa a fonte directa dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal.*
> *A investigação qualitativa é descritiva.*
> *Os investigadores qualitativos interessam – se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos.*
> *Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva.*
> *O significado é de importância vital na abordagem qualitativa."*

Assim as pessoas compreendem e vivenciam as experiências de maneiras diferentes, tendo em conta o seu quadro de referências, isto faz com que os investigadores qualitativos subscrevam muitas verdades em vez de uma só verdade, Fortin (1999: 148) refere que o investigador não se coloca como um perito, este "*reconhece que a relação sujeito - objecto é marcada pela intersubjectividade"*

O resultado da investigação não se reduz a actos, experiências ou equações, segundo Bogdan e Biklen, (1994), *«…a preocupação central não é a de saber se os resultados são susceptíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados»*. Ainda Psthas (1973) citado por Bogdan e Biklen (1994:51) refere que o objectivo desta investigação é "*aquilo que eles experimentam, o modo como eles interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem".* Os profissionais de saúde, mais concretamente os enfermeiros com os seus estudos desejam compreender claramente e dar sentido às experiência vivenciadas pelos seus clientes.

Merrian (1998: 202), refere *que " enquanto ciência, a investigação qualitativa assenta na assumpção de que a realidade é holística, multidimensional e em constante mudança."*

Devido às características deste estudo , faremos uma abordagem fenomenológica descritiva , uma vez que implica a exploração directa, descrição e análise da interacção entre estes dois sujeitos, irá enfatizar a riqueza e a profundidade destas experiências.

A fenomenologia, segundo Capalbo, permite que as coisas apareçam com suas

características próprias, isto é, a deixar que as essências se manifestem na transparência dos fenómenos.

Esta permite compreender o outro em sua perspectiva, aborda o homem respeitando o seu todo, esta uma abordagem que se adequa ao cuidar da corrente holística.

Wagner (1983) citado por Steubert e Carpenter(2002:50) descreve que a *" a fenomenologia é um sistema de interpretação que nos ajuda a perceber e a conceber a nós mesmos, os nossos contactos e interacções com os outros, e tudo o resto no reino da nossa experiência".*

Uma vez que a prática profissional de enfermagem está submersa nas experiências de vida das pessoas, a fenomenologia como método é bem adequado à enfermagem.

Segundo Watson (1979), a orientação fenomenológica para a enfermagem está sujeita a algumas orientações, que passo a descrever:

- "Preocupa – se ela própria coma as experiências únicas subjectivas e objectivas do indivíduo:

- Adopta uma atitude holistica e de gestalt acerca da compreensão de self individual e dos outros;

- A sua preocupação mais importante é a individualidade da pessoa;

- Valoriza as pessoas porque elas são essencialmente boas e capazes de desenvolvimento;

- Valoriza o contexto total que envolve a pessoa ou gestalt como o mais importante determinante do cuidar no contexto saúde – doença do que a patologia orgânica por si só".

Este metodologia torna –se adequado à enfermagem, pois a arte de cuidar é inconsistente com o estudo fragmentado.

Allen e Jesen (1990) citados por Sreubert e Carpenter (2002:61), referem que :

> *" o valor do conhecimento na Enfermagem é , em parte determinado pela sua relevância e significado para uma compreensão da experiência humana. No sentido de obter essa compreensão, a Enfermagem exige modos de pesquisa que ofereçam a liberdade de expressar a riqueza desta experiência".*

O método fenomenológico descritivo decorre em três etapas: intuição, análise e

descrição;

A intuição estará presente quando vou mergulhar completamento no fenómeno e vou conhece – lo através dos participantes, vou ser um instrumento no processo da entrevista, irei escutar como o doente percepciona a sua relação com o enfermeiro. As respostas serão descritas na íntegra o que me permitirá conhecer o fenómeno.

Nesta etapa é importante que o investigador evite criticar ou dar qualquer tipo de opinião.

Durante a análise vou detectar a essência do fenómeno, quando me confrontarei com os dados várias vezes ao de cima virão os elementos e as conexões com o fenómeno em questão.

A descrição estará presente quando se procede à descrição e comunicação dos elementos inerentes ao fenómeno, esta será baseada numa classificação ou agrupamento do fenómeno, a mesma surge como parte integrante da análise e intuição, podendo ocorrer simultaneamente.

O nosso papel como investigador será de facilitar, comunicar de forma clara e permitir que os participantes se sintam a vontade para expressar as suas experiências.

Neste sentido Streubert e Carpenter(2002) defendem *que " de modo diferente da investigação quantitativa , não existe necessidade de recorrer a amostragem a preocupação dos investigadores é desenvolver uma descrição rica , densa da cultura ou fenómeno , em vez de apoiarem generalizações."*

O nosso papel como investigador foi de facilitar, comunicar de forma clara e permitir que os participantes se sentissem à vontade para expressar as suas experiências.

3.1 – CAMPO DE INVESTIGAÇÂO

É essencial conhecer o fenómeno no contexto em que ocorre. Na opinião de Bogdan e Biklen (2004:48) *" as acções podem ser melhor compreendidas quando são observadas no seu ambiente habitual de ocorrência. Os locais têm de ser entendidos no contexto da história das instituições a que pertencem").*

As entrevistas foram previamente combinadas com os participantes, aos enfermeiros as entrevistas foram efectuadas no hospital, alguns utentes foram entrevistados no hospital, tendo sido utilizada a sala de tratamento, onde se privilegiava a confidencialidade no decorrer da mesma, no entanto houve quem preferisse o seu domicilio, estes aspectos foram todos respeitados.

3.2 – PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo, ou seja a amostra é descrita por Fortin (1999:41) como " *um subconjunto de elementos ou sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica, e, miniatura, da população alvo"*

Para Streubert e Carpenter (2002:25) "*indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência em primeira mão, da cultura, interacção social ou fenómeno de interesse".*

Ainda segundo os mesmos autores (2002:66), recorremos a uma amostra designada intencional, esta permite "*selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade".*

Segundo GOMÉZ et all (1999:135)o numero de participantes que se selecciona é organizada de forma deliberada e intencional ou seja segundo os critérios de elegibilidade.

Foram entrevistados 8 enfermeiros do Hospital do Divino Espírito Santo que, davam resposta aos seguintes critérios:

- Enfermeiros do HDES
- Trabalham em contacto directo com doentes alcoólicos;
- Enfermeiros que mais tempo cuidaram dos utentes entrevistados;
- Aceitem participar no estudo, de forma livre e esclarecida.

Em relação aos doentes foram entrevistados 8 utentes que correspondiam aos seguintes critérios:

- Doente alcoólico (a dependência caracterizada segundo os critérios DSM - IV-TR (APA, 2000).
- No momento da alta;
- Tiveram contacto directo com os enfermeiros entrevistados;
- Aceitem participar no estudo, de forma livre e esclarecida.

3.3 – ESTRATÉGIA DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados é uma etapa fulcral no trabalho de investigação, o método escolhido esteve relacionado com a informação que se pretendia obter para dar resposta à nossa pergunta de partida e objectivos pré – formulados.

Segundo Bell (1997: 85*) "há que seleccionar métodos porque são estes que fornecem a informação de que necessita para fazer pesquisa integral. Há que decidir quais os métodos que melhor servem determinados fins"*

Para Streubert e Carpenter (2002:26) "*na investigação qualitativa pode ser utilizado uma variedade de estratégias para obtenção de dados"*.

Neste estudo , optamos pela a entrevista como fonte de colheita de dados, a vantagem desta é que permite obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano.

Gil (1999: 117), refere -se à entrevista como " *um método de colheita de dados em que o investigador contacta com o investigado, e lhe formula perguntas com a finalidade de obter informações de interesse social.»*

Fortin(1999: 245) descreve a entrevista como *"um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação".*

Na perspectiva de Bogdan e Biklen (2003:134), a entrevista permite recolher dados descritos na linguagem do próprio sujeito, permite assim ao investigador interpretar a forma como os sujeitos olham determinado fenómeno.

A entrevista foi um momento de interacção entre o investigador e o participante, como estamos presentes permitiu clarificar alguns aspectos, o papel do investigador foi de facilitar a expressão dos utentes.

A entrevista foi constituída na maioria por perguntas abertas, clarificadoras de modo a facilitar a colheita de dados, apenas algumas perguntas fechadas , sendo por isso uma entrevista semi - estruturada (Apêncide II, III).

Estas entrevistas tiveram o consentimento dos participantes, foram gravadas em fita magnética, existiu um contacto prévio onde foi possível explicar a forma como iria decorrer a mesma, neste encontro salientou – se o objectivo do estudo, o consentimento informado e foi salvaguardado alguns princípios éticos que consideramos relevantes.

3.4 – PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Com a análise de dados pretende – se fundamentalmente organizar, identificar e

retirar significado dos dados que se obtêm no final da nossa pesquisa.

Bogdan e Biklen (1994:205) referem que a análise " *envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, procura de padrões, síntese"*, após estes passos é ainda necessário decidir o que se vai transmitir aos outros, portanto o conhecimento que se obtêm no final do estudo

As entrevistas foram transcritas após a sua realização, sendo assim possível adicionar às transcrições verbais, outras notas, relativas por exemplo, a linguagem não verbal.

O processo de análise qualitativa integra quatro processos intelectuais, definidos por Morse e Field (1995) citado por Polit, Beck e Hungler(2004:360):

"- compreensão*, quando a compreensão é atingida, o pesquisador prepara uma descrição minuciosa e vivida do fenómeno em estudo.*

- síntese, *sintetizar envolve a triagem dos dados e a reunião de suas peça*

- teorização,*. a teorização envolve uma distribuição sistemática dos dados*

- recontextualização,*) envolve o maior desenvolvimento da teoria, de forma que seja explorada a sua aplicabilidade a outros ambientes ou grupos."*

- Após a análise de dados procedemos ao delineamento e verificação da conclusão, esta irá permitir penetrar no sentido intencional dos dados recolhidos, A abordagem fenomenológica efectuada será orientada pela perspectiva de Deschamps (1993:18), que considera que as unidades de significação são *" os constituintes que determinam o contexto do fenómeno explorado e que incluem forçosamente a parte da significação inerente a este contexto".*

Segundo Deschamps(1993), a análise dos dados é composto por quatro fases:

1 - Colocação em evidencia do sentido global do texto: nesta fase vamos entrar no conteúdo, com o objectivo de nos familiarizarmos com a experiência relatada e perceber o seu sentido global;

2 - Identificação das unidades de significação: as unidades de significação são partes do texto em que é possível identificar factos ligados ao fenómeno, cada unidade deve ser decomposta em tantas quantas se pode destacar aquando da leitura, as unidades principais representam a estrutura do fenómeno;

3- Conteúdo das unidades de significação: permite aprofundar a compreensão das

unidades ao ser feita a análise dos temas centrais, a linguagem é explorada como um veículo de significação, o investigador explicita pelas suas palavras, apropriando - se do seu sentido, estas são retomadas em unidades aprofundadas, explicitadas e elaboradas;

4 - Síntese do conjunto das unidades de significação: nesta fase segundo o autor , devemos fazer três operações distintas, uma descrição da experiência particular; a descrição da estrutura típica do fenómeno e finalmente a comunicação a outras pessoas, o investigador reúne as unidades de significação e as unidades de significação aprofundadas numa descrição consistente e coerente.

Cientificidade do estudo

O objectivo da investigação qualitativa para Streubert & Carpenter(2002:33) relacionam – se com a apresentação com rigor das experiências dos participantes, descrevem que o rigor " *é demonstrado através da atenção que o investigador dá à confirmação da informação descoberta"*

Guba e Lincoln (1994) citados por Streubert & Carpenter (2002) fazem referência a quatro critérios para assegurar a cientificidade : credibilidade, confirmabilidade, segurança e transferibilidade.

- Credibilidade – esta refere –se à confiança nos dados . A credibilidade aumenta se houver um engajamento prolongado e observação persistente, no nosso caso esta corresponde à precisão dos nossos resultados

Neste caso ainda podemos recorrer à triangulação de investigadores através da participação da orientadora, no entanto devemos ser sempre cautelosos.

- Confirmabilidade - Streubert & Carpenter (2002) descrevem – na como um processo de critério, este refere – se à objectividade ou naturalidade dos dados.

- Segurança – relaciona – se com a estabilidade ao longo do tempo, Streubert & Carpenter (2002:33), descrevem esta como " um critério atingindo quando os investigadores determinam a credibilidade dos dados não pode existir segurança sem credibilidade".

Polit e Hungler (2004), defendem que deve haver um revisor externo, deve ter pergunta de partida, objectivos, dados colhidos e análise dos mesmos e o relatório final.

- Transferbilidade - Streubert & Carpenter (2002:34) descrevem a mesma como " *probabilidade dos resultados do estudo terem significado para outras situações semelhantes:"*

Lincoln e Guba (1985) in Streubert & Carpenter (2002:316) defendem que não é *"tarefa do naturalista fornecer um índice de transferibilidade; é sua responsabilidade fornecer a base de dados que possibilita um julgamento da transferibilidade dos utilizadores potenciais.",* o que neste caso não é o pretendido e o objectivo da natureza deste estudo, pois não se pretende generalizar, a possibilidade de transferibilidade pertence aos participantes do estudo. Salienta - se que o facto de não generalizar, não significa que o estudo não tenha implicações noutros contextos, este pode fornecer informações ao leitor e este pode avaliar a utilidade do seu uso.

Após estes critérios ainda surge um que não é menos importante é a validade, que está directamente relacionada com ,por exemplo, a validação das entrevistas, que foi feita pela minha orientadora, o objectivo é saber até que ponto as perguntas permitem dar resposta ao que pretendemos.

A viabilidade do trabalho foi assegurada pelo vários pedidos de autorização, que estão em anexo.

ANÁLISE, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

4 - ANÁLISE, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após a colheita de dados, a transcrição e leitura das entrevistas vamos iniciar uma nova etapa, a análise e discussão dos dados.

Numa primeira fase foi efectuada uma leitura integral das entrevistas , de modo a mergulhar no seu todo, com objectivo, sem dúvida de perceber o sentido global do tema.

Passamos de seguida à apresentação, análise e discussão dos dados, para cada unidade de significação serão transcritas as citações, quer do enfermeiros, quer dos doentes , mas de forma separada com o objectivo de a facilitar a compreensão.

Unidades de significação:

Nesta fase vamos dividir o texto transcrito em unidades de significação naturais, como será possível verificar embora tenha sido efectuada entrevistas a dois intervenientes diferentes as unidades convergem.

1 - COMPETÊNCIA – SABER FAZER

Segundo os enfermeiros entrevistados existe um défice a nível da formação sobre o alcoolismo e problemas relacionados com este, isto faz com que estes não se sintam capazes, de prestar ,segundo estes, os cuidados mais adequados aos utentes.

O que se observa na realidade é que o enfermeiro, recebe na escola uma formação básica, que obtêm tanto pela vertente teórica como prática.

Quando ingressa na vida profissional deve apostar a sua autoformação, só assim poderão ser colmatados défices do seu conhecimento e se obtêm a satisfação pessoal. Com o decorrer do tempo o enfermeiro tem maturidade para desenvolver habilidades de busca de conhecimentos, selecção e espírito crítico.

Transcrições referentes aos Enfermeiros

" o facto de eu lidar diariamente a 9 ano acho que é mais do que formação especifica. E1

" cuidar deste tipo de doentes em inicio de carreira é difícil, pois pouco ou nada se dá na escola" E 2

" o enfermeiro recém - formado passa por vários constrangimentos". - E2

" a nossa formação de base não nos permite lidar da melhor forma"- E3

" a nível do álcool pouco ou nada se dá" E5 " a formação é muito através da experiência partilhamos informações uns com os outro "- E6

" o nosso apoio é mais limitado mais para a parte física"- E7

Como é possível verificar nestas transcrições, os enfermeiros fazem referência às dificuldades sentidas, assim estes recorrem ou à partilha promovendo momentos de formação ou então utilizam a sua experiencia, surgindo assim a experiencia como forma de autoformação.

Fazem referência à visão positivista do utente e não à pretendida, a visão holística.

Transcrições referentes aos doentes

" O enfermeiro que tem formação sobre alcoolismo tem uma maneira diferente de lidar com o doente diferente" Ec

" perceber um bocadinho a dependência e depois dar os comprimidos para ajudar"- Ed

Embora o utente/ doente dê muito importância ao tratamento físico, gostariam que os enfermeiros tivessem mais conhecimentos sobre esta doença, estão sempre à espera de mais.

2 – HABILIDADES COGNITIVAS

Riley refere que (2004: 27) " *tanto os clientes como os enfermeiros sabem alguma coisa de ordem geral acerca de saúde – doença, tendo estes últimos a noção das preocupações do doente relativamente ao seu estado de saúde."* ambos têm *" formas preferenciais de observar o mundo e tomar decisões acerca do que observam."*

Assim a formação específica sobre este processo de doença, irá contribuir para haja maior segurança nos cuidados prestados, um enfermeiro seguro conseguirá cativar o utente, obter a sua confiança ou seja ira demonstrar de forma mais segura que é capaz.

Transcrições referentes aos Enfermeiros

" deve haver formação especifica" E1

" as pessoas têm que ter formação para poderem actuar correctamente" E2

" penso que é uma área especifica…pessoa tem que estar apta para actuar" E2

" deviam dar espaço para sabe simulações, Workshops, momentos de reflexão na equipa" E2

" formação especifica sim" E3

" formação especifica em Saúde Mental , permitirá melhor acompanhamento" E4

" devemos ter formação pois, mas pelo que vejo hoje esta - se mais a insistir na vertente do saber ser " E8

Os enfermeiros têm a noção que cuidar de doentes com problemas associados ao álcool é muito complexo, a formação base é insuficiente pois estes exigem muito do enfermeiro.

A relação que se deve construir com estes utentes, deve ser sólida de modo a construir uma relação de confiança.

Transcrições referentes aos doentes

" nunca tive acompanhamento especifico por parte de um enfermeiro vocacionado para esta área." Ed

" alcoolismo daqueles violentos se o enfermeiro que o acompanha tiver alguma formação irá ajudar... aquilo já está enraizado há mínima coisa explodem" Ed

Apesar de muitos não terem conhecimentos, conseguem identificar que os enfermeiros não tem a formação ideal, e ainda fazem referência que a formação deve ser diferente consoante o tipo de alcoolismo.

3 - SENTIMENTOS DE IMPOTÊNCIA

Desenvolvem – se principalmente porque o enfermeiro, quando investe nesta relação coloca muitas expectativas, o que se observa é o facto de estas não serem partilhadas com o outro, ou seja os meus objectivos devem ser traçados em conjunto e nunca de forma individual, e egocêntrica.

Transcrições referentes ao Enfermeiros

é frustrante para o enfermeiro quando quer ajudar o outro e não consegue" E1

"damos apoio psicológico mas chega a um ponto que apenas tratamos da parte física" E2

" ajudo o doente a atingir o bem estar físico psico e espiritual." E3

" fico revoltada e frustrada porque muitos desses prometem , isto depois de conversarmos mas depois voltam ao mesmo" E4

"é frustrante pois parece que a informação perde - se, isto é um problema muito complexo" E7

Muitos dos enfermeiro identificam estes doentes como difíceis de cuidar, estes despertam no enfermeiro sentimentos de frustração, pois existem muitas recaídas, e diversos reinternamentos, estes referem vários internamentos no mesmo mês.

Eles sentem que, por mais que informem não conseguem modificar o comportamento destes doentes.

4 - HABILIDADES AFECTIVAS

Riley (2004: 30), descreve que " *clientes e enfermeiros desenvolvem sentimentos positivos e negativos no percurso da relação de ajuda".*

A forma como efectuamos a gestão da informação vem sempre associada às emoções , ou seja é através dos sentimentos dirigidos para o interior que se origina as emoções.

Estas competências são importantes para o sucesso da interacção, os utentes valorizam muito esta dimensão.

Transcrições referentes aos Enfermeiros

"estes doentes são especiais quando em privação é preciso muita paciência e sensibilidade" E2

" as características humanas, são pessoas com falta de afecto, percurso de vida difíceis, não quer dizer que a técnica não seja precisa" E2

" influencia há tipos de doentes com a qual temos mais afinidades, isso influencia os cuidados" E3

" deverá dar – se valor ao saber ser, e saber estar" E4

" cuido de forma igual doente alcoólico e doente oncológico, no sentido de atingir o bem estar, quando cuido se tem equimoses ponho heparinoide, se está mal disposto tento soluciona" E3

« … quem vai para esta profissão tem de ser humano, compreensivo…» E2

O enfermeiro apesar de sentir alguma impotência, consegue demonstrar a importância da afectividade na interacção com estes doentes, após vários internamentos surge uma relação de alguma cumplicidade. Preocupam – se com o bem estar destes, durante o internamento mesmo que sejam reinternados mais tarde.

Curioso foi a comparação do doente alcoólico com um doente oncológico.

5 - ESCUTA ACTIVA

Riley (2004: 32) " processo activo de receber informações e observar reacções às mensagens recebidas."

Ainda Lazure (1994:15), refere que "escutar não é sinónimo de ouvir. Escutar é constatar e também aceitar, deixar-se impregnar pelo conjunto das suas percepções tanto exteriores como interiores."

No entanto existem alguns pormenores que os enfermeiros deverão ter em conta para que a escuta activa seja eficaz, Lazure (1994: 214) descreve as seguintes:

"Antes de tudo estar disponível emocionalmente para a escuta"

. *"Seleccionar o ambiente que mais facilita a escuta"*

. *"Fazer silêncio e respeitar o silêncio do utente"*

. *"Para o enfermeiro, qualquer momento de prestação de cuidados deve ser ocasião de escuta atenta e eficaz"*

Transcrições referentes aos Enfermeiros

“ sabe dou espaço para que estes possam exprimir sentimento, emoções e preocupações” E2

“ escuta activa, paciência, apesar de ser uma patologia que o doente contribui para esta”E3

“ aquando do primeiro contacto dispenso o tempo suficiente para dar resposta às necessidades sentidas pelo doente” E3

“ o problema são os reinternamentos, perdemos um pouco a vontade de ouvir” E6

É importante que o enfermeiro dê espaço, e demonstre disponibilidade para ouvir, eles salientam momentos como o primeiro contacto que é fundamental, pois este condiciona os restantes contactos. Com o passar do tempo muitos sentem – se com pouca vontade de despender tempo para estes tipos de doentes.

6 - CONFIANÇA

Uma relação de ajuda como é esta que se estabelece entre enfermeiro e doente, baseia – se essencialmente na confiança. É necessário que o doente sinta que pode confiar do enfermeiro, pois só assim irá partilhar sentimentos, preocupações, e emoções.

Transcrições referentes aos Doentes

“ Os enfermeiros são novos contigo já falo conheço te à mais tempo, agora os mais novos não consigo”Ee

“ contigo já falo pois conheço - te [silêncio] agora com os mais novos não consigo” ED

“ já conheço alguns enfermeiros à algum tempo” EB

A confiança estabelece – se ao longo dos vários encontros, quando encontram profissionais novos surgem constrangimentos, assim estes recorrem aos seus elementos de confiança, os que conhecem à mais tempo.

7 - PLANIFICAÇÃO

É uma decisão tomada em conjunto enfermeiro - cliente para direccionar as interacções futuras e evitar sentimentos de frustração por parte de ambos.

O enfermeiro deve em conjunto com o doente estabelecer os objectivos, conhecer qual o projecto de saúde do doente e os seus reais interesses.

Podemos também incluir a planificação dos cuidados de enfermagem, normalmente cada instituição recorre a um modelo teórico de referência.

Transcrições referentes aos Enfermeiros

" na primeira admissão devemos apostar tudo"E2

" falar muito encontrar estratégias para que este não volte a beber" E3

" o momento da prestação de cuidados é o hora ideal para comunicar, e fazer uma bordagem ao utente"E 4

" costumo perguntar o que esperam do internamento" E7

" sempre que possível pergunto se a pessoa pensa em deixar de beber" E8

Desde que o doente é admitido deve – se iniciar a planificação dos cuidados; efectuar em conjunto com este o levantamento dos problemas, delinearem as acções e os objectivos a atingir.

8 - REDUÇÃO DA DISTÂNCIA

Existe diminuição do espaço entre enfermeiro e cliente , permitindo uma melhor observação da linguagem não verbal, é necessário estarmos atentos à reacção da face aquando da aproximação.

Os sentidos funcionam de forma diferente consoante a distância, o sentido do calor, o olfacto, e o tacto podem transmitir informações fundamentais, numa distância maior a sua eficácia diminui, funciona mais a visão e a audição.

Esta distância também está relacionada com o contexto físico do encontro, por exemplo local público ou não.

Salienta – se que o ser humano prefere a proximidade, desde que o outro não lhe coloque olhares , pois assim, este sente que a sua privacidade está a ser invadida.

As modificações das distâncias ao longo da interacção, revela se o outro quer manter ou terminar a interacção.

Transcrições referentes aos Enfermeiros

" utentes mais arrogantes acabamos por criar uma certa distancia para evitar conflitos" E1

" pego na cadeira junto ao doente sento - me e a tendência é chegar cada vez mais" E3

" "toque terapêutico, sou uma pessoa que estou sempre a tocar" E3

"quando o doente está sentado e se trata de uma conversa que vai demorar algum tempo, coloco – me ao mesmo nível" E4

" quando faço a admissão tento perceber até onde o utente me deixa ir deixo – o à vontade para me abordar sobre o que queira" E4

" o toque não uso logo no primeiro contacto, esta refere que tem medo de interferir no espaço intimo do utente." E4

Nota – se que os enfermeiros demonstram preocupação em relação à forma como se posicionam em relação ao doente.

A distância e o toque são sem dúvidas, os que estão mais presentes, são utilizados como forma de aproximar ou então como forma de o enfermeiro evitar situações menos agradáveis, com doentes difíceis.

9 - REJEIÇÃO

– O enfermeiro recusa – se a discutir o que quer que seja com o utente, este sente – se rejeitado, tanto pessoalmente como a nível da comunicação.

Transcrições referentes aos Enfermeiros

" a comunicação tem vários patamares" E1

" primeiro tenta- se comunicar de forma normal, repetindo várias vezes as mesmas coisas, acabamos por desistir" "a comunicação agressiva não pois se está agitado mais agitado fica, acabo noutros procedimentos quando a comunicação não é eficaz, a medicação e a imobilização, que não é agradável , mas as vezes é mesmo necessário" E1

" A comunicação pode –se tornar mais agressiva mas até um certo patamar, não se pode ir mais à frente" E1

"vai ser olhe tem de fazer isto e aquilo ma pessoa chega a um limiar, já que está aqui temos de tratar outra vez de ti" E2

" com muitos doentes é preciso promover a distância, pois conseguem ser abusivos." Ef

Quando estamos perante a rejeição não está implicado o tipo de cuidados prestados, pois todos eles são assegurados. Salienta – se que pelo facto de serem doentes difíceis, muitas vezes provocam respostas e sentimentos menos positivos nos enfermeiros, assim estes sentem – se mais ou menos satisfeitos ao cuidarem de este ou aquele doente, esta situação será demonstrada pela relação de confiança, que surgirá será estabelecida ou não.

10 – RESPONDER COM ESTEREÓTIPOS

O enfermeiro, cuida de um utente que apesar de o rotular de impopular, não pode em nenhum momento negligenciar os cuidados a ele prestados. Temos o dever de cuidar de forma segura com respeito e dignidade.

Não podemos centrar os nossos pensamentos apenas nos aspectos negativos, porque estes influenciam a nossa comunicação, ficando esta sem grande significado.

Transcrições referentes ao Enfermeiro

" outra vez aqui pelo mesmo motivo será que vale a pena, vais sair daqui beber e daqui uns meses volta cá pelo mesmo motivo"E2

" o beber todos os dias não se consideram alcoólicos" E2

"outra vez aqui o que se passou, isto quando são doentes que são internados muitas vezes"E3

" lá temos que tratar outra vez de ti" E2

" se não bebesse talvez não estivesse aqui" E5

" já tem idade para ter juízo" E6

" quando me pediram o internamento , já sabia quem era, é sempre o mesmo"E7

Apesar de identificarem o alcoolismo como uma doença, existe um pouco de crença relativamente a este, que é demonstrado ao utente em diferentes momentos. Estes

comentários são mais frequentes quanto maior for o números de internamentos.

Transcrições referentes ao Doente

" é sempre a mesma conversa estás aqui por tua culpa, não vêem este problema como doença"Ea

" minha sobrinha e afilhada esteve cá disse padrinho está a precisar de apanhar" Eb, salienta – se a afilhada é técnica de saúde.

"arranjavam piadas como " o cálice de bebida" ou " a hora do licor"Ec

Muitas destes comentários são desvalorizados pelos utentes , uma vez que acabam por cair na rotina, são muito frequentes no dia a dia, quer no internamento , quer fora deste.

11- SILÊNCIO FECHADO

A pessoa forma como um bloqueio, causa mal estar e emoções muito negativas , segundo Phaneuf (2005:43).

o entanto o enfermeiro não deve o sentir assim, apesar de este ser conotado de perca de tempo, espaço vazio ou então pensar nele como um momento que antecede uma resposta explosiva, o silêncio deve ser avaliado como um período de reflexão sobre o que foi dito ou será dito, é portanto um momento valioso.

Transcrições referentes ao Doentes

". não sinto espaço para falar do problema" Ed

"muitas vezes não me dão tempo, até para pensar no que dizer"Eb

" quando não os conheço sinto um impasse" Ea

Os momentos de silêncio podem incomodar, mas permitir estes momentos aconteçam, estamos a dar " espaço " ao outro, ou seja a permitir que o outro possa exprimir as suas preocupações. Para abordar determinados temas é preciso algum tempo de preparação.

12 - PARCERIA

- Na relação de ajuda o cliente tem um papel activo, eles recebe os cuidados mas deve ter um papel activo na sua planificação.

Transcrições referentes aos Enfermeiros

" o nosso papel é de ajuda"E2
" o nosso papel é ajudar no processo de melhoria para que seja autónomo"E2
" hoje sou mais tolerante, mostro que estou ali para ajudar e não criticar" E4
" o nosso papel é ajudar no processo de melhoria de modo a que este se torne autónomo e consiga reverter a situação."E5
" devemos ser parceiros nesta caminhada, costumo dizer aos doentes que a minha profissão existe porque existe alguém que precisa do meu apoio.E6

Deve ser estabelecida uma relação de ajuda ,devemos demonstrar aos doentes que não somos mais do que parceiros, nesta caminhada.

O nosso papel é de apoio, promovendo sempre a independência do utente, e substituindo este sempre que seja necessário.

Transcrições referentes aos Doentes

" falo abertamente sobre o assunto"»
" sinto –me acompanhado, e apoiado"Eb
" sempre fui bem cuidado são simpáticos, têm paciência para sofrer porque às vezes o álcool transforma" Eb
". os enfermeiros tem o direito e dever de respeitar os doentes" Ec
" eu sempre bebi bem eu digo a verdade é para saberem como vão tratar de mim"Ee
"senti – me acompanhado» Ef
"decidiram muito por mim em momentos em que não estive lúcido"Eg

Quando o doente sente apoio, e que existe alguém ali, conseguem exprimir emoções, chorar por exemplo, serem verdadeiros.

Reconhecem o enfermeiro, como peça fundamental para a sua recuperação.

13- PAPEL ATRIBUIDO AO ENFERMEIRO

Peplau (1952) descreve diversos papéis atribuídos ao enfermeiro, neste caso destacamos os seguintes papeis : conselheiro, líder, especialista técnico.

Transcrições referentes aos Doentes

" tive muitos conselhos, dão –me orientações como o álcool dá cabo da vida" Eb

" o enfermeiro deve ser um bocado autoritário e depois dar espaço para o doente decidir e colaborar"Ec

" o doente reconheça como superior e uma pessoa que quer o meu bem... para ter respeito por esta pessoa"Ec

". o enfermeiro é superior a mim"Ec

" Faço o que eles mandam, o que eles fazem é bom para mim" Ee

" já falaram comigo deixar a bebida eu já fiz a minha ideia"Ee

" fartaram se de me dar conselhos, orientaram me para consultas" Ef

O enfermeiro é muito conhecido pelo seu papel a nível da prevenção, tratamento e reabilitação.

Nesta área o enfermeiro dá conselhos, mas sob a forma de orientações, o doente tem sempre o poder de escolha, reconhecem este como uma pessoa detentora de conhecimentos e capaz de os transmitir.

14- HUMOR

Este segundo Phaneuf (2005:382) tem como objectivo estabelecer uma conivência, um ambiente agradável e positivo, reduzir tensões, desdramatizar as situações difíceis e levar um estimulo positivo. José (2003:155) refere que:*"a utilização criteriosa do humor e do riso são um bom bálsamo para os enfermeiros e um óptimo revitalizante da sua relação com as pessoas*
que cuidam".

O humor surge como uma forma eficaz de interacção social. Este ajuda a atenuar tensões e através destes momentos fazem – se pausas . Está associado á criatividade, sabedoria e tolerância de ambos os autores da interacção.

A integração do humor no agir profissional dos enfermeiros é um avanço no estabelecimento da interacção enfermeiro - doente, irá promover o declínio da imagem séria, rígida e formal, que os doentes possam ter destes.

Transcrições referentes aos Doentes

" destaco à parte do profissionalismo há umas mais meigas. umas brincam com o doente, mas todas reagem tendo atenção o bem estar do doente"Ea

" claro que há enfermeiros que demonstram mais simpatia , riam – se mais"Eb

"no internamento... gosto de brincar, rir tentar passar os dias da melhor maneira eu brinco com eles todos"Ee

O humor aqui referenciado pelos doentes, não está relacionado com o contar anedotas, mas sim com a disposição que demonstram ao cuidar destes, recorre – se a expressões divertidas capazes de quebrar momentos de tensão ou de constrangimento

A unidades anteriormente identificadas podem ser reagrupadas em grandes temas , neste caso surgiram seis grandes temas.

- Formação – esta surge como um alicerce, pode ser facilitadora no decorrer da acção , mas se esta é deficitária torna – se um obstáculo à concretização da acção. A formação desenvolve-se em torno das necessidades de aperfeiçoamento e de desenvolvimento de cada profissional, só assim será possível prestar cuidados com autonomia e segurança.

A formação deve ser continua, o enfermeiro completa a sua formação base e complementar mas a mesma tem continuidade.

A formação está salvaguardada pela Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/ 90 de 24 de Agosto), faz referência à formação do pessoal de saúde defende que " a formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente, do pessoal de saúde constituem um objectivo fundamental a prosseguir",

Canário (1999) refere que a formação é um processo de mudança , que tem por objectivo a mudança, a pessoa modifica – se e modifica a sua percepção da realidade.

Destacamos aqui um novo conceito a autoformação, segundo Couceiro (2000), é a apropriação pelo sujeito do próprio processo de formação, ou seja, a pessoa torna – se objecto de formação para si próprio.

– Gestão de informação, segundo Lopes (2006: 201) , "está relacionado com a explicação do processo saúde – doença. É patente a preocupação de desenvolver este processo de explicação com base naquilo que o doente sabe." a enfermeira irá descodificar a informação, tendo em conta a componente cognitiva, cultural e acima de tudo, tendo em conta, o que o doente sabe.

O enfermeiro poderá explicar ao doente, de forma esquemática, o seu percurso durante o internamento, assim podemos contribuir para diminuir níveis de ansiedade do utente.

O enfermeiro deverá ter a preocupação de explicar o processo de doença, o tratamento e a reabilitação do doente.

.

- Gestão de sentimentos – Damásio (2000) citado por Lopes (2006) " diz que uma emoção pode sempre gerar um sentimento se desenvolvemos o necessário mecanismo de consciencialização da relação entre o objecto e corpo." este autor defende no entanto que pode existir emoção sem sentimento e sentimento sem emoção, são descritos pelo autor como sentimentos de fundo.

Quando os utentes são admitidos no serviço , demonstram grande fragilidade quer física quer psicológica, o doente pode devido ao constrangimento ficar em silêncio ou provocar uma avalanche de sentimentos, devemos promover a confiança e dar algum incentivo à esperança e capacidade de luta.

– Comunicação terapêutica - esta tem como finalidade identificar as necessidades do utente, melhorara a prática criar como neste caso a oportunidade aprendizagem para haver mudança de comportamento. Vamos despertar sentimentos de confiança, empatia e respeito. A comunicação é sem dúvida um fenómeno complexo , e influenciado por múltiplos factores,os psicossociais, psicológicos , biológicos, no entanto salienta – se que o ambiente também é um factor determinante, como por exemplo o ruído existente, a falta de privacidade.

– Comunicação não terapêutica - Neste caso o enfermeiro coloca as suas necessidades acima das do cliente, existem vários entraves para que a relação de ajuda se

desenvolva, não se aplica cuidados individualizados , nem se aplica um abordagem holistica.

– Relação de ajuda – trata – se um encontro direccionado e com objectivo de orientar o outro, o utente deve ser visto como um corpo inteiro e não um ser inferiorizado pela doença.

Phaneuf (2005) , a relação de ajuda assenta numa filosofia holística, em que todas as dimensões são valorizadas e baseia –se fundamentalmente no respeito, confiança e aceitação do outro.

Embora não fizessem parte dos objectivos centrais deste trabalho , será importante conhecer a definição que cada enfermeiro faz de um pessoa com problemas relacionados com o álcool, pois esta definição irá influenciar toda a prestação de cuidados.

Definições de pessoa com problemas associados ao álcool

-“ pessoa com hábitos alcoólicos acentuados devido a situações sociais , doença, bebem por prazer e depois não conseguem largar... não assume por isso nunca mais temos tratamento, acaba por precisar de cuidados como os outros”E5

-“ pessoa alcoólica , pessoa com doença do foro psiquiátrico, cria dependência física e psíquica são muitos os factores que contribuem para esta de instalar”E 4

-“ pessoa que ingere álcool em quantidade e regularidade esta ingestão vai ter consequências a longo prazo”E3

-“ pessoa com vicio igual a qualquer outro como café fragilizada associada a percursos de vida menos bons ver acima de tudo uma pessoa humana com passado que precisa de ajuda”E6

Os aspectos referidos anteriormente, fazem em diferentes momentos, parte da intervenção terapêutica em enfermagem, segundo Lopes (2006: 280), esta definida como “ a totalidade da intervenção da enfermeira, dirigida ao doente e família”. É um processo dinâmico, complexo e que só pode ser analisado naquele contexto, neste caso no internamento da Medicina.

Neste caso especifico os objectivos desta intervenção serão:

- promover a confiança e segurança do doente ;
- diminuir a ansiedade e a insegurança;

- promover a esperança e a perseverança;
- promover a autonomia , o respeito e o conforto do doente;
- e finalmente terá uma vertente técnica, relacionada com os tratamentos que devem ser efectuados.

Podemos assim verificar, que esta intervenção é deveras complexa e que visa dar resposta a diversos objectivos.

CONCLUSÕES , IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES

5 – CONCLUSÕES, IIMPLICAÇÕES

A natureza da relação enfermeiro doente refere - se à componente expressiva desta , Bastos(1998) descreve que esta relação engloba dois aspectos: o Processo de avaliação diagnostica que consiste na avaliação e reavaliação da situação do doente. Esta efectuada de forma continua, sistemática e dinâmico, tendo em conta três perspectivas a vivencial, a biomédica e a de ajuda.

O segundo aspecto será o Processo de intervenção terapêutica de enfermagem, este engloba toda a intervenção do enfermeiro, esta tem como instrumentos; a gestão de sentimentos e a gestão de informação; em relação ao primeiro aspecto deve existir a criação de um espaço para promover expressão de sentimentos; deve ser demonstrada disponibilidade e perseverança.

A informação desempenha um; papel importante ; tendo em conta que o utente encontra - se numa situação de crise; esta deve ter um papel organizador; deve ser contextualizada; garantida e repetida sempre que è necessário ; estes aspectos variam tendo em conta a individualidadae do nosso utente.

A inter- relação entre estes dois aspectos permite - nos ter uma perpectiva deste processo, este decorre em três distintas fases que na realidade são muito difíceis de as distinguir, Lopes (2006), faz referencia ao inicio da relação como a fase em que a enfermeira se prepara quer formal ou informalmente para o “encontro”, o momento fulcral é quando de desenvolve a entrevista de admissão , conhecer o que preocupa o utente, o que este sabe e as capacidades que este possui para ter um papel activo neste processo. O corpo da relação, é a fase de desenvolvimento da intervenção terapêutica, nesta fase existe uma avaliação e reavaliação dos sintomas somáticos e vivenciais. O fim da relação surge no fim do tratamento ou resolução da crise.

No final desta etapa o enfermeiro que cuida de utentes com problemas relacionados com o álcool, pode referir alguma frustração porque denota um papel muito passivo por parte do utente, pouca motivação, este sentimento toma maior proporções no caso de haver grande proximidade entre ambos.

Neste sentido , muitas vezes o enfermeiro coloca como seu objectivo primordial ,cuidar da dimensão física, pois caso contrário existe um enorme desgaste, os reinternamentos são frequentes, principalmente num meio pequeno que é este.

O enfermeiro também por vezes tenta distanciar se devido ao perigo das suas crenças influenciarem os seus cuidados.

Os utentes preocupam-se se muito com o momento que estão a vivenciar , mais pelos sintomas físicos ou pelo risco de vida iminente,do que propriamente pela doença em causa, neste caso particular torna – se difícil para ao utente admitir que tem uma doença, frequentemente os sintomas são associados a outros factores.

O assumir da doença junto do enfermeiro está relacionado com o grau de confiança que existe entre ambos, por exemplo, o entrevistado nega hábitos alcoólicos a todos incluindo família mas responde de forma positiva à enfermeira.

O utente vê no enfermeiro, uma pessoa a que podem recorrer e esperam que este cuide para além dos sintomas físicos, o enfermeiro é descrito como alguém com capacidades humanas, que demonstram disponibilidade para apoiar, respeitar, dar conselhos ou orientações e que acima de tudo não julgue , pois este é o primeiro passo para surgir o distanciamento.

Os utentes querem sentir – se apoiados, acompanhados nesta situação de crise.

Denota – se também que o utente dá ao enfermeiro um papel de realce, no conjunto da equipe multidisciplinar, pois este partilha as 24h do internamento do utente, a relação entre estes é até mais informal .

Estes gostam de efectuar uma avaliação generalista, no entanto distinguem alguns enfermeiros, pelas características terapêuticas que são inerentes a estes ou que estes demonstram, estes são segundo Lopes (2006) características facilitadoras como a simpatia , a alegria , o facto de se personalizar o dialogo, o carinho demonstrado.

Outros factores a que estes dão ênfase , desde a entrevista de admissão é o respeito, a aceitação a disponibilidade que é demonstrada, o interesse que o enfermeiro demonstra pelos problemas apresentados ,a capacidade de decisão, a escuta, o apoio , a ajuda.

No entanto o enfermeiro deve ter a consciência que irá ter um papel muito activo, no sentido de promover junto do utente a sua autonomia, recuperar o respeito, o seu conforto, devolver esperança e segurança

Gostaria de destacar que esta relação é muito complexa de se compreender teoricamente, é uma relação que tem por base a confiança , assim denotou se que os utentes sentem –se mais à vontade com as enfermeiras que conhecem à mais tempo ou então com aquelas responsáveis pela sua admissão, assim o modelo da enfermeira de referência, será algo a implementar a curto prazo.

Devemos também realçar que o ambiente é fundamental para forma como decorre a interacção, ou seja pouca privacidade auditiva faz com que os utentes não exteriorizem

sentimentos, não tenham espaço para chorar os seus problemas, este aspecto é notório pois existem quartos com 6 camas no Hospital do Divino Espírito Santo.

A enfermagem tem associada a si a natureza interpessoal, existe uma tendência cuidativa, havendo uma valorização da interacção entre enfermeiro, e neste caso , com a pessoa com problemas associados ao álcool.

No desenvolver desta relação pretende - se que a pessoa renuncie a sua "carapaça" e seja capaz de confessar a sua ingenuidade, as decepções e fracassos.

A este tema está associado um estereótipo, que é muito fácil de fazer transparecer, neste caso muitas perguntas se levantam e alguns juízos de valor, o perigo está na interiorização por parte do grupo destes estereótipos.

O enfermeiro deve assim cuidar deste , estabelecendo uma relação de confiança e respeitando-o o na sua individualidade, orientando sempre que possível, substituindo apenas por períodos muito curtos, porque o principal objectivo é promover um crescimento e maturação a vários níveis.

Durante o desenvolvimento da sua actividade o enfermeiro deve ter presentes os diferentes saberes: empírico, ético, pessoal e estético:

O saber empírico - está relacionado com as teorias empíricas, com a utilização de métodos científicos e com a prática competente dos enfermeiros.

O saber ético – a interacção deverá ter sempre por base princípios éticos e morais, a estas sempre inerente os princípios científicos. O comportamento durante a acção é sempre alvo de uma observação, quer pelo utente , quer pelos outros enfermeiros**.**

O saber pessoal na enfermagem - resulta da actividade construtiva do próprio enfermeiro, resulta das interacções que estabelece e da capacidade de reflectir sobre as mesmas, procurando adquirir mais conhecimentos.

O saber estético **-** os enfermeiros deparam – se no dia a dia com experiências humanas muitas vezes extremas, com grande significado para todos os que as vivenciam, resultam muitas vezes numa criação artística de elevado valor estético para todos os envolvidos, isto porque cada experiencia é única.

Salvaguarda - se que o momento de internamento é muitas vezes crucial, pois neste

o utente sente - se deprimido e culpabiliza - se pelos seus actos.

Utilizando esta abordagem fenomenológica, pretendeu - se dar voz ao que foi expresso pelos intervenientes deste estudo, fornecendo visibilidade à forma como estes a vivenciaram.

O conhecimento aqui produzido embora não possa ser generalizado porque até não é este o objectivo, deverá ser transmitido aos profissionais de modo a que estes possam reflectir e olhar o assunto de um modo diferente.

O objectivo é que cada vez mais o internamento deixe de ser padronizado, e despersonalizado, e que apesar da relação formal entre enfermeiro e utente, esta seja empática e cada vez mais estreita.

IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Os resultado deste estudo vão fornecer informação, que terá implicações na prática.

Implicações para a enfermagem

No desempenho das suas funções muitos enfermeiros apresentam um défice de competências relacionais, centram – se muito na vertente física e técnica. Os enfermeiros normalmente demonstram alguma falta de sensibilidade em relação ao sofrimento psicológico, em relação ao alcoolismo estes tratam sintomas físicos enquanto a outra vertente é muita vez omitida. Em oposição os doentes demonstram cada vez mais necessidades de falar sobre este problema.

O enfermeiro deve perceber é importante reconhecer emoções, manifestações só assim poderemos iniciar uma relação de ajuda, muitas vezes o doente apenas precisa de um ponto de apoio , de referência. Salvaguarda –se que as experiências anteriores marcam muito o utente, estas tem o seu inicio logo no momento do seu acolhimento no serviço.

A informação é preciosa, assim a prática de informar o utente deve fazer parte do quotidiano de uma forma muito natural, esta vai contribuir para a diminuição dos níveis de ansiedade relacionados com o internamento.

O enfermeiro tem um papel muito relevante durante o internamento , é o elemento que partilha as vinte e quatro horas com o utente, serve de mediador entre este e os outros elementos da equipe multidisciplinar e será responsável muitas vezes em ajudar a melhorar o vinculo entre doente e família.

Através desta amostra podemos perceber que existem grandes défices a nível de formação nesta área,que deverá ser colmatada para permitir cuidados prestados com autonomia e segurança.

Por outro lado devemos salientar a cultura organizacional do hospital, que ainda é muito centrada no curar.

Durante o internamento existem outros factores que interferem na qualidade da interacção como, as rotinas do serviço ,e a carga de trabalho atribuído a cada enfermeiro.

Salienta – se que o desenvolvimento das competências de empatia e de comunicação estão relacionadas com a maturidade psicológica e impulsividade do enfermeiro Rogers (1985:59) refere que a *“ relação de ajuda óptima é o tipo de relação criada por uma pessoa psicologicamente madura”*

Devem ser proporcionados momentos para que os enfermeiros tenham formação e treino de competências na área da comunicação terapêutica, isto porque estas técnicas não devem ser utilizadas mecanicamente tornando a relação , com um carácter artificial.

Implicações para a gestão

Neste campo podemos salientar que para cuidar destes utentes deve - se seleccionar profissionais com formação , experiência e aptidões pessoais para este fim; deve – se estimular momentos de reflexão cientifica na equipe, que podem ser sob a forma de reuniões informais ou mais formais.

Salienta – se que no Hospital do Divino Espírito Santo as equipes desenvolvem formações incluídas na formação em serviço.

Da parte da gestão espera - se que sejam capazes de incentivar a criação de redes de apoio a estes utentes, pois o processo de recuperação é longo e complexo, por exemplo recuperar os laços familiares, com pessoas que foram muito magoadas ,manter a abstinência.

São vários os domínios de actuação segundo Borges e Filho (2004:257), os domínios individual, familiar, dos grupos de pares, o escolar, o comunitário e institucional e do meio social, assim deverá existir um plano de articulação entre os cuidados de saúde primários e o Hospital.

Implicações para a investigação

Quando iniciamos esta investigação , ficou claro este foi um dos possíveis caminhos a percorrer, tendo em conta que se trata de um trabalho qualitativo, não existe a grande preocupação para generalizar resultados.

Consideramos assim que esta temática de grande importância necessita de ser muito explorada,
e existem tantas outras questões de investigação para se desvendar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- American Psychiatric Association (APA). DSM IV. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.*4ª ed, Lisboa: Climepsi Editores, 1996.

- American Psychiatric Association (APA). DSM IV. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*.4ª ed, texto revisto. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.

- BARDIN, Laurence- *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed.70, 1995.225p.ISBN 972 – 44- 0898-1

- BASTOS, M. – Da intenção de mudar à mudança. Um caso de interveção num grupo de enfermeiras.. Lisboa: Rei dos livros, 1998

- BELL, Judith – *Como realizar um projecto de investigação. Um guia para a pesquisa em Ciências Sociais e Educação*. Lisboa: Gradiva, 1997. 594p. ISBN 972 – 95399 – 87

- BITTI, P; ZANI, B. – A comunicação como um processo social. Lisboa: Editorial Estampa, 2ª ed. 1997. 296p. ISBN – 972 – 33 – 1236 – 0

- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. – *Investigação Qualitativa em Educação - Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994. 335 p. ISBN 972-0-34112-2;

- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. – *Investigação Qualitativa em Educação - Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 2003.

- BORGES, C; FILHO, H – *Alcoolismo e toxicodependências – Manual técnico 2.* Lisboa: Guide- Artes gráficas , 2004 ISBN 972 – 796 – 150 – 9

- BRETON, Philippe - *A Utopia da Comunicação,* Lisboa: Instituto Piaget, 1994

- CANÁRIO, R.- *Educação de Adultos. Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.1999, ISBN – 972 – 8036 – 21 – 3 , 151 Pgs.

CAPALBO, Creusa – *Fenomenologia e Ciências Humanas* [em linha]. Editora Idéias e

Letras, 2008. [em linha]. [Consult.: 10 Jul. 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.filoinfo.bem-vindo.net/filosofia/modules/articles/article.php?id=12>

- CARMO, H; FERREIRA,M. – Metodologias da investigação: Guia para Auto – Aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta,1998

- CARVALHO, Álvaro – *Bebidas alcoólicas – problema de saúde publica*. In CLÍMACO, RAMOS, Luís – *Álcool, tabaco e jogo, do lazer aos consumos de risco*. Coimbra: Quarteto editora, 2003 - ISBN 989 - 558- 018- 5 137- 167p

- CERVO, A. L.; BERVIAN, P.A. - Metodologia Cientifica. 3ª ed. São Paulo: Mc Graw - Hill, 1983. 249p. ISBN 0 - 07 - 450084 - 8

- COLLIÈRE, Marie – Françoise – *Promover a vida*. Lisboa: Printipo, 1999. 385p. ISBN 972-95429 – 0-7

- COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Cuidar… A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência, 2003. 440p. ISBN 972-8383 – 53-3

- COSTA, Arminda – *Enfermeiros : dos percursos de formação à produção de cuidados.* Lisboa: Fim de século Edições, 1998.

- COSTA, Arminda – *Relação enfermeiro – doente*. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – *Para uma Ética da Enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISNN 972 – 603 – 326 – 8p 63 – 80

- COSTA, Emília; JURADO, Rosário. - *Interacção em Saúde.* Referência: revista científica da unidade de investigação em ciências da saúde. ISSN: 0874.0283.II série, nº2 (2006).

- COUCEIRO,M.- *Auto – formação e formação no feminino. Abordagem existencial através de histórias de vida*. Dissertação apresentada na Faculdade de Ciências Tecnológicas da Universidade Nova de Lisboa, para obtenção do grau de Doutor. 2000.

DESCHAMPS – *Estudo Fenomenológico*. In FORTIN,M – *O processo de investigação: da concepção à realidade.* Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X

- DUARTE, S.- *Saberes da Saúde e da doença. Porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra: Quarteto, 2002.

-EDWARDS, G. et all – *O tratamento do alcoolismo*. 3ª ed. Porto Alegre:Artemed ,1999. ISBN 85-7307-469-8

- FREIRE,M. – *Comunicação, comportamento humano e empresa.* Portalegre: Escola Superior de tecnologia e gestão. 1999.

- FORTIN, Marie - Fabienne – *O processo de Investigação: da concepção à realidade.* Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X

- GAMEIRO, Aires - *Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas nos Açores: Interpretações Epidemiológicas.* Revista da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus. Ano 64,nº 249 (2000)

- GEORGE, J.- *Teorias de Enfermagem: dos Fundamentos à prática profissional*. Artemed Editora. Porto Alegre, 2000

- GOFFMAN, E. – Estigma; Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. 4ª edição. Erca Editora e Gráfica. Guanabara , 1998

- KING – *Teoria de Enfermagem de King* . In GEORGE, J Teorias *de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional.* Porto Alegre: Armete Editora 169- 183p

- GIL, A.– *Como elaborar projectos de pesquisa.* São Paulo : Editora Atlas S.A, 1991 ISBN 85 – 224 – 0724-X

- GIL, A. – Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed.São Paulo: Atlas, 1999

- GOMES, Francisco – *Álcool, tabaco e jogo: factores psicossociais da dependência*. In CLÍMACO, Maria; RAMOS, Luís – *Álcool, tabaco e jogo, do lazer aos consumos de risco*. Coimbra: Quarteto editora, 2003 - ISBN 989 - 558- 018- 5 13- 23p.

- GOMÉZ, G; FOLRES,J e JIMÉNEZ,E – *Metodologia de la investigación qualitativa.* Málaga: Ediciones Aljibe, 1999

- HARGIE, O; DICKSON,D. – Skilled interpersonal comunication: research, theory and pratice 4 ed. London :Routledge- Taylor e Francis Group,2004.

- HESBEEN, W – *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Lusociência. Loures, 2000

José, H. (2003). In *Terapias Naturais na prática de enfermagem*. Coimbra. Edições Formasau, p.139-160.

Lazure, H.(1994), *Viver a relação de ajuda*. Lisboa. Lusodidacta.

- Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/ 90 de 24 de Agosto. Recuperado em Maio De 2008 em http://www.cm – Mirandela.pt/ files/17/1751.pdf.

- KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamim J.; GREBBS, Jack A.- *Compêndio de Psiquiatria.* 7ª ed.S. Paulo: Artes Médicas, 1997. ISBN 85 -7307 – 211 – 3

- LOPES, Manuel – *A relação enfermeiro – doente – Como intervenção terapêutica.* Coimbra: Tipografia Lousanense . 2006. ISBN 972- 8485- 6-X

- MARC, E; PICARD, D – *A interacção social.* Porto: Rés Editora. 1992.

- MELLO, M et al – Álcool e problemas ligados ao alcool, em Portugal .Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001.

-MERCADIER,C. – O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: o corpo, o âmago da interaçcão prestador de cuidados – doente. Lusociencia .Loures, 2002

- MERRIAM, Sharon B. - *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*. 2 ed. San Francisco: Jossey- Bass Publisher, 1998. 275p. ISBN 0-7879-1009-0.

- NEVES, Patrão M. C. – Comissões de Ética : das bases teóricas à actividade quotidiana. 2ª Ed. Gráfica de Coimbra . 2002.291- 300pp. ISBN 972 – 603- 273- 3;

- NUNES, M. – O respeito caloroso na relação de ajuda em enfermagem.” Servir”. Lisboa vol 45.nº 4 (Julho a Agosto), 1987.

NUNES, Berta – *O Saber Médico do Povo*, Edições Fim de século, Lisboa, 1997.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. (2001)

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Edição da Ordem dos Enfermeiros, 2003,187p.

- PATTON, Michael- *Qualitative E volution and Research Methods*. 2 ed. Newbury Park: Sage, 1990.532 p. ISBN 0-8089-3779-2.

- PEIXOTO, Alberto – *Dependências e Outras Violências*. Ponta Delgada: Nova Gráfica. 2004. ISBN 972 - 98814 - 4 - 8

- PHANEUF, M. – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures : Lusociência, Lda .2005 ISBN 972- 8383 – 84 – 3

- PEARSON,A.; VAUGHAN, B.- *Modelos para o exercício de enfermagem*. Londres : Heinemann Nursing. 1992)

- PILLON, Sandra C. – *Atitudes dos Enfermeiros com relação ao Alcoolismo: Uma Avaliação de Conhecimentos*. Revista Electrónica de Enfermagem. Goiás. V. 07, nº 3 (2005) p303-307

- PEARSON,D- Teoria e pesquisa em Sociologia. S. Paulo. 1999

- POLIT, Denise F. ; BECK Cheryl Tatmo; HUNGLER, Bernardete P. – *Fundamentos de Pesquisa em enfermagem*. 5ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

- QUARTILHO, Manuel João Rodrigues – *Cultura, Medicina e Psiquiatria: Do Sintoma à Experiência,* Quarteto Editora, Coimbra, 2001

- QUIVY, Raymond; CAMPENHOU.DT, Luc Van – *Manual de Investigação em Ciências Sociais.* 3ª Edição, Lisboa: Gradiva – Publicações, Lda. 2003. ISBN 972-662-275-1

- RIBEIRO, A.- *O que corpo que somos : aparência, sensualidade, Comunicação.* Lisboa, Editorial Noticias. 2003

- RICOU, Miguel – *Ética e Psicologia: Uma prática integrada*. Coimbra, Publicitações Lda., 2004. ISBN 972 – 603-311-X

- RILEY, JULIA – Comunicação em enfermagem. 4ª Ed.Loures: Lusociências, Lda.2004 ISBN 972- 8383- 81- 9

- ROGERS, C. - *Tornar –se pessoa*. 7º Edição, Lisboa . Moraes Editors.1985

- SAVATER, F. – Ética para um jovem. Lisboa : Editorial Presença. 1998

- SERRÃO, Daniel: NUNES, Rui – *Ética em cuidados de Saúde*. Porto, Porto Editora, Lda. 1998. ISBN 972-0-06033-6;

- SCHUCKIT, Marc. A. - *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa, Climepsi Editores, 1998. ISBN 972 – 97250 – 7 – 1

-SOUSA, L.S. – *A Entrevista, o Imaginário e a Intuição*. In GAUTHIER, J. [et al] - *Pesquisa em Enfermagem Novas Metodologias Aplicadas*. Rio de Janeiro,Guanabara Editora, 1998. ISBN 85 – 277 – 0436 – 6

- STREUBERT, Helen J. – *A Produção da Investigação Qualitativa: Elementos comuns essenciais.* In STREUBERT, Helen J; CARPENTER, Dona R. – *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. 383p. ISBN 972-8383-29-0 P;

- STUART,G; LARAIA,M. – *Enfermagem Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Reichamann e Affonso

Editores. 2OO2

- TEIXEIRA, Elizabeth – *As Três Metodologias: Académica da Ciência e da Pesquisa*. 4ªed. Belém- Pará: UNAMA, 2002. 186 p. ISBN 85-8678-32-3;

- TOMEY,Ann M.;ALLIGOOD,Martha R.- *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem*) 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004.750p ISBN 972- 8383- 74- 6

- SEIBEL,S.;TOSCANO JR, A. – Dependência de Drogas. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2001

- VAILLANT, George- *A história natural do alcoolismo revisitada.* Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Lda, 1999. ISBN 85-7307 – 262 – 8

- VALA, Jorge – A análise de conteúdo. In SILVA; Augusto S; PINTO, José M. (orgs.) – *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento, 2005, p. 102-128

- WATSON, Jean – Enfermagem: *Ciência Humana e Cuidar uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência , 2002.182p.ISBN 972-8383-33-9

- WATSON, Jean – Enfermagem Pós – Moderna e Futura : um novo paradigma da enfermagem. Loures: Lusociência , 2002.299 p.ISBN 972-8383-37-1

- http:// www.ordemenfermeiros.pt/, consultado a 17/ 07/07

- VELEZ, Maria Antónia Miranda Rebelo Botelho Alfaro -A Estrutura Essencial da Interacção Aluno – Doente : Uma Análise Fenomenológica, elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Lisboa: 1994 (Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento informado

Consentimento Informado

Investigador: Andrêa Silva
Enfermeira do Hospital do Divino Espírito Santo – EPE
Mestranda do XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Eu, abaixo assinado, declaro participar como participante num trabalho de investigação com o tema *: Como se processa a relação enfermeiro - doente alcoólico e como esta é perspectivada pelo doente*; tendo em conta os seguintes itens, acerca dos quais fui elucidado(a):

Os objectivos do estudo, que são:

- *Objectivo geral:*

- Compreender a forma como se processa a relação enfermeiro doente – alcoólico.

Objectivos específicos:

- Compreender a natureza da relação enfermeiro – doente alcoólico;
- Descrever como o doente sente a forma de cuidar do enfermeiro;
- Identificar o papel atribuído ao enfermeiro pelo doente no decorrer da relação.

- A informação será dada através de uma entrevista conduzida por um entrevistador e será gravada em áudio.

- A selecção dos participantes foi por conveniência atendendo aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos;

Não são previstos danos físicos ou potenciais efeitos colaterais, podendo eventualmente surgir algum mal-estar emocional. Caso tal suceda, será respeitada a vontade do entrevistado. A entrevista poderá ser interrompida ou mesmo suspensa, poder-se-á dialogar-se sobre o assunto, marcar novo encontro se o entrevistado mostrar interesse para tal;

- A sua participação é voluntária, salvaguardando o direito à recusa a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo;
- A privacidade dos participantes será salvaguardada, pois a sua identidade será do conhecimento exclusivo das pessoas directamente implicadas no trabalho de investigação;

- Caso surja necessidade de outra informação, dúvidas, reclamação acerca deste trabalho, os participantes deverão contactar as pessoas, cujo os nomes e contactos, se encontram atrás descritos.

Compreendi as explicações que me foram fornecidas sobre o trabalho de investigação a ser realizado. Foi-me dada oportunidade para colocar as perguntas que julguei necessárias e considero ter obtido resposta satisfatória a todas elas.

Data: ____/____/____,

Assinatura do (a) Participante:

_____

Eu abaixo-assinado, _____ expliquei os objectivos, métodos, resultados esperados e consequências possíveis do trabalho de investigação em questão e confirmei o seu correcto entendimento.

Data: ____/____/____,

Assinatura do(a) entrevistador:

_____

APÊNDICE II – Guião de entrevista semi – estruturada aos doentes

Guião de entrevista aos doentes

INTRODUÇÃO

1- Explicação do trabalho que está a decorrer

2- Explicar como irá decorrer a entrevista:
- objectivos
- o meu papel durante a mesma
- a estrutura
- a gravação dos dados
- o tratamento dos dados
- a confidencialidade

3 - Pedido e registo de autorização para gravar a entrevista em suporte de fita magnética

FASE NARRATIVA

Objectivo

- Compreender através da entrevista aos doentes as características inerentes a este processo interactivo, e o papel atribuído ao enfermeiro.

Questões

- Identificar as necessidades sentidas pelo doente no decorrer da relação
- Identificar o papel atribuído ao enfermeiro pelo doente no decorrer da relação

FASE DE BALANÇO

Objectivo

- Compreender as razões que levaram os doentes a identificar estas necessidades, e a atribuir determinado papel ao enfermeiro.

APÊNDICE III - Guião de entrevista semi – estruturada aos enfermeiros

Guião de entrevista às enfermeiras

INTRODUÇÃO

1- Explicação do trabalho que está a decorrer

2- Explicar como irá decorrer a entrevista:
- objectivos
- o meu papel durante a mesma
- a estrutura
- a gravação dos dados
- o tratamento dos dados
- a confidencialidade

3 - Pedido e registo de autorização para gravar a entrevista em suporte de fita magnética

FASE NARRATIVA

Objectivo

- Compreender através da entrevista aos enfermeiros as características inerentes a este processo interactivo

Questões
- Identificar os factores comportamentais que estão presentes durante a interacção enfermeiro – doente como:
  - Distancia utilizada na prestação de cuidados
  - tempo utilizado na interacção
  - tipo de posição física adoptada

FASE DE BALANÇO

Objectivo

- Compreender se os enfermeiros têm consciência destes factores comportamentais.

APÊNDICE IV- Pedido de autorização ao Conselho de Administração do HDES

Ao Conselho de Administração do
Hospital do Divino Espírito – EPE

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados para o trabalho de investigação relacionado com as actividades académicas do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Andrêa Pimentel Duarte da Silva, enfermeira do Hospital do Divino Espírito Santo, aluna do XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Universidade do Porto), a ter lugar na Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada (Universidade dos Açores), orientada pela Prof. Doutora Graça Pimenta, encontra -se em fase de trabalho de Tese de Mestrado, trabalho este intitulado: **Relação enfermeiro – doente alcoólico, e como este é perspectivada pelo doente.**

Este trabalho pretende compreender a forma como se processa a relação enfermeiro – doente alcoólico, conhecendo a sua natureza, a forma como o doente sente a forma de cuidar do enfermeiro e qual o papel que este atribui ao enfermeiro no decorrer desta relação.

Tendo em conta o exposto, venho por este meio solicitar a autorização, junto do Conselho de Administração Hospital do Divino Espírito – EPE, para que possa ter acesso à Unidade de Internamento relacionada com a especialidade de Gastrenterologia,
desenvolvendo assim as minhas actividades de colheita de dados, aos doentes alcoólicos, pelo menos 8 dias após a alta e aos enfermeiros do respectivo serviço, durante o período de Julho de 2008 a Outubro de 2008.

Salvaguarda – se que a participação das pessoas é voluntária, reservando – se à mesma o direito de recusa ou desistência qualquer momento do estudo, sendo a identidade dos participantes apenas conhecida pelo autor e orientadora de tese. Como pilares transversais a este estudo estarão presentes o princípio da beneficência, o princípio do respeito pela dignidade humana e o princípio da justiça, conforma descritos no Relatório de Belmont.

A colheita de dados está programada para ser executada fazendo uso de um guião de uma entrevista semi – estruturada, neste momento encontro – me em fase de revisão bibliográfica de forma a construir um sustentáculo teórico para a elaboração da mesma.

Não prevendo prejuízos para a instituição e sabendo de antemão que estes procedimentos, a realizar no serviço mencionado, pode representar algum transtorno para os profissionais, comprometo – me a interferir o menos possível com as dinâmicas normais de funcionamento da unidade de internamento, acordando com os profissionais e utentes os melhores momentos para realizar a colheita de dados.

Desde já responsabilizo – me em divulgar os resultados obtidos com este trabalho junto das Vossa instituição após o seu terminus, situação prevista para Março de 2009.

Procurando clarificar os meus objectivos com este trabalho, envio como anexo o Projecto de Tese de Mestrado, onde poderão encontrar com maior pormenor o meu pensamento de investigação. Também em anexo ao presente documento encontra – se o Consentimento Informado a utilizar com os participantes do estudo, bem como o Guião das entrevistas a ambos os participantes.

Grata pela Vossa atenção e colaboração, subscrevo – me mui respeitosamente, aguardando deferimento.

A mestranda

_____

(Andrea Pimentel Duarte Silva)

APÊNDICE V – Pedido de autorização à directora do serviço de Medicina III

Exma. Sr.ª Directora do Serviço de
Medicina III, Dr.ª Antónia Duarte

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados para o trabalho de investigação relacionado com as actividades académicas do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Andrêa Pimentel Duarte da Silva, enfermeira do Hospital do Divino Espírito Santo, aluna do XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Universidade do Porto), a ter lugar na Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada (Universidade dos Açores), orientada pela Prof. Doutora Graça Pimenta, encontra -se em fase de trabalho de Tese de Mestrado, trabalho este intitulado: **Relação enfermeiro – doente alcoólico, e como este é perspectivada pelo doente.**

Este trabalho pretende compreender a forma como se processa a relação enfermeiro – doente alcoólico, conhecendo a sua natureza, a forma como o doente sente a forma de cuidar do enfermeiro e qual o papel que este atribui ao enfermeiro no decorrer desta relação.

Tendo em conta o exposto, venho por este meio solicitar a autorização, junto de Vossa Excelência, para que possa ter acesso à Unidade de Internamento de Gastrenterologia, desenvolvendo assim nesta as minhas actividades de colheita de dados, aos doentes alcoólicos, pelo menos 8 dias após a alta e aos enfermeiros do respectivo serviço, durante o período de Julho de 2008 a Outubro de 2008.

Salvaguarda – se que a participação das pessoas é voluntária, reservando – se à mesma o direito de recusa ou desistência qualquer momento do estudo, sendo a identidade dos participantes apenas conhecida pelo autor e orientadora de tese. Como pilares transversais a este estudo estarão presentes o princípio da beneficência, o princípio do respeito pela dignidade humana e o princípio da justiça, conforma descritos no Relatório de Belmont.

A colheita de dados está programada para ser executada fazendo uso de um guião de uma entrevista semi – estruturada, neste momento encontro – me em fase de revisão bibliográfica de forma a construir um sustentáculo teórico para a elaboração da mesma.

Não prevendo prejuízos para a instituição e sabendo de antemão que estes procedimentos, a realizar no serviço mencionado, pode representar algum transtorno para os profissionais, comprometo – me a interferir o menos possível com as dinâmicas normais de funcionamento da unidade de internamento, acordando com os profissionais e utentes os melhores momentos para realizar a colheita de dados.

Desde já responsabilizo – me em divulgar os resultados obtidos com este trabalho junto das Vossa instituição após o seu terminus, situação prevista para Março de 2009.

Procurando clarificar os meus objectivos com este trabalho, envio como anexo o Projecto de Tese de Mestrado, onde poderão encontrar com maior pormenor o meu pensamento de investigação. Também em anexo ao presente documento encontra – se o Consentimento Informado a utilizar com os participantes do estudo, bem como o Guião das entrevistas a ambos os participantes.

Grata pela Vossa atenção e colaboração, subscrevo – me mui respeitosamente, aguardando deferimento.

A mestranda

_____

(Andrêa Pimentel Duarte Silva)

Exma. Sr.ª Directora do Serviço de Medicina III, Dr.ª Antónia Duarte

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados para o trabalho de investigação relacionado com as actividades académicas do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Andrêa Pimentel Duarte da Silva, enfermeira do Hospital do Divino Espírito Santo, aluna do XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Universidade do Porto), a ter lugar na Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada (Universidade dos Açores), orientada pela Prof. Doutora Graça Pimenta, encontra -se em fase de trabalho de Tese de Mestrado, trabalho este intitulado: **Relação enfermeiro – doente alcoólico, e como este é perspectivada pelo doente.**

Este trabalho pretende compreender a forma como se processa a relação enfermeiro – doente alcoólico, conhecendo a sua natureza, a forma como o doente sente a forma de cuidar do enfermeiro e qual o papel que este atribui ao enfermeiro no decorrer desta relação.

Tendo em conta o exposto, venho por este meio solicitar a autorização, junto de Vossa Excelência, para que possa ter acesso à Unidade de Internamento de Gastrenterologia, desenvolvendo assim nesta as minhas actividades de colheita de dados, aos doentes alcoólicos, pelo menos 8 dias após a alta e aos enfermeiros do respectivo serviço, durante o período de Julho de 2008 a Outubro de 2008.

Salvaguarda – se que a participação das pessoas é voluntária, reservando – se à mesma o direito de recusa ou desistência qualquer momento do estudo, sendo a identidade

dos participantes apenas conhecida pelo autor e orientadora de tese. Como pilares transversais a este estudo estarão presentes o princípio da beneficência, o princípio do respeito pela dignidade humana e o princípio da justiça, conforma descritos no Relatório de Belmont.

A colheita de dados está programada para ser executada fazendo uso de um guião de uma entrevista semi – estruturada, neste momento encontro – me em fase de revisão bibliográfica de forma a construir um sustentáculo teórico para a elaboração da mesma.

Não prevendo prejuízos para a instituição e sabendo de antemão que estes procedimentos, a realizar no serviço mencionado, pode representar algum transtorno para os profissionais, comprometo – me a interferir o menos possível com as dinâmicas normais de funcionamento da unidade de internamento, acordando com os profissionais e utentes os melhores momentos para realizar a colheita de dados.

Desde já responsabilizo – me em divulgar os resultados obtidos com este trabalho junto das Vossa instituição após o seu terminus, situação prevista para Março de 2009.

Procurando clarificar os meus objectivos com este trabalho, envio como anexo o Projecto de Tese de Mestrado, onde poderão encontrar com maior pormenor o meu pensamento de investigação. Também em anexo ao presente documento encontra – se o Consentimento Informado a utilizar com os participantes do estudo, bem como o Guião das entrevistas a ambos os participantes.

Grata pela Vossa atenção e colaboração, subscrevo – me mui respeitosamente, aguardando deferimento.

A mestranda

_____

(Andrêa Pimentel Duarte Silva)

CONTACTOS

Responsáveis pelo trabalho de investigação *Como se processa a relação enfermeiro – doente, e como esta é perspectivada pelo doente.*

Enfermeira Andrêa Silva – 968050987 ou 296911091
Professora Doutora Graça Pimenta